

Université de Montréal

Gestion de la reprise professionnelle d'une clientèle en absence maladie due à un trouble
mental courant : défis et besoins des médecins traitants?

Par

Fabienne Boileau-Falardeau

Université de Montréal
Faculté de médecine

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M. Sc.) en sciences
biomédicales, option médecine d'assurance et d'expertise

Avril 2023

© Boileau-Falardeau, 2023

Ce mémoire intitulé

**Gestion de la reprise professionnelle d'une clientèle en absence maladie due à un trouble
mental courant : défis et besoins des médecins traitants?**

Présenté par

Fabienne Boileau-Falardeau

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Christian Bourdy

Président-rapporteur

Marc Corbière

Directeur de recherche

Jean-Robert Turcotte

Codirecteur

Paul Lespérance

Membre du jury

Résumé

Une attention de plus en plus importante est accordée à la santé mentale au travail en raison, entre autres de la perte de bien-être chez les personnes atteintes d'un trouble mental courant (ex. trouble anxieux, trouble dépressif), ainsi que des coûts associés à l'absentéisme. Quand il est question d'invalidité au travail, plusieurs acteurs sont normalement impliqués dont le médecin de famille et le psychiatre lorsque nécessaire. Dans le cadre de ce mémoire conçu sous le format d'articles, deux articles sont présentés. Le premier article aborde plusieurs dilemmes auxquels les médecins traitants sont confrontés lors de la gestion de la reprise professionnelle d'un patient avec un trouble mental courant. Ces dilemmes sont illustrés par trois vignettes cliniques et appuyés par la littérature scientifique. Les trois vignettes portent sur les dilemmes relatifs aux thèmes suivants: 1) l'évaluation du potentiel thérapeutique des arrêts de travail; 2) le rôle d'expert octroyé aux médecins traitants et au processus d'évaluation de la capacité à travailler; 3) les aspects administratifs liés à cette évaluation; 4) la relation thérapeutique médecin-patient. La littérature nous indique que ce sont des dilemmes récurrents chez les médecins traitants dans le contexte de la gestion de la reprise professionnelle à la suite d'un trouble mental courant. Dans une suite logique, le deuxième article présente une étude qualitative effectuée auprès de médecins de famille et de psychiatres. Les objectifs de cette étude sont de documenter les tâches de ces cliniciens liées à la gestion d'une invalidité en raison d'un trouble mental courant, d'identifier les éléments facilitants et entravants qu'ils perçoivent dans le processus d'arrêt de travail et de retour au travail. Il est par ailleurs question de dégager les besoins de formation et d'outils qui pourront éventuellement être mis en place pour les aider dans l'accomplissement de leurs tâches. La collecte de données a été faite via des groupes de discussion (*focus groups*) totalisant trois groupes de médecins de famille et deux groupes de psychiatres (N=28). Tous les enregistrements ont été retranscrits en verbatim et par la suite codifiés. Les réponses générées par les groupes de discussion ont fait émerger 180 unités thématiques réparties sur 4 grands thèmes, lesquels sont récurrents pour chaque objectif de recherche : 1) évaluer/documenter, 2) prescrire/traiter, 3) communiquer/collaborer/réseauter avec les autres acteurs et 4)

arbitrer/défendre. Les unités thématiques démontrent l'importance de la collaboration entre les acteurs et d'une communication efficace entre ces derniers. Il ressort également que ces cliniciens aimeraient être mieux formés pour arrimer connaissances et pratiques. La santé mentale au travail est une thématique qui prend de plus en plus d'ampleur et de préoccupation au sein de notre société. La mise en place d'outils et de formation adaptés pour aider les médecins de famille et psychiatres à mieux exécuter leurs tâches ne pourrait qu'avoir un impact positif sur la pratique de ces cliniciens et leurs patients.

Mots-clés : trouble mental courant, retour au travail, médecin de famille, psychiatre, groupe de discussion, rôles, besoins.

Abstract

An increasing amount of attention is being given to mental health in the workplace, due in part to the loss of well-being for individuals with common mental disorders (ex. anxiety disorder, depressive disorder), as well as the costs associated with absenteeism. In the context of this paper-based master, two articles will be presented. The first article will address three clinical vignettes and the dilemmas physicians may encounter in managing the vocational rehabilitation of a patient struggling with a common mental disorder. The vignettes will be supported by literature. Three clinical cases address dilemmas related to the following themes: 1) the assessment of the therapeutic potential of work absence, 2) the expert role given to clinicians and the process of assessing work disability, 3) the administrative aspects related to this assessment and 4) the impact of this assessment on therapeutic alliance between the clinician and his/her patient with common mental disorders. The literature tells us that these are recurring dilemmas for clinicians when managing the return to work of their patients with common mental disorders. The second article will present a qualitative study carried out among family physicians and psychiatrists. The objectives of this study are to document the clinical tasks related to the management of a disability due to a common mental disorder, identify the facilitators and barriers perceived in this process and identify training needs which could potentially help these clinicians perform their tasks, thereby enabling sustainable recovery of the worker. This is a qualitative study which collects data through focus groups, including three groups of family physicians and two groups of psychiatrists (N=28). All recordings were transcribed as stated and coded. The responses generated by the focus groups identified 180 thematic units distributed over 4 main themes, which are recurring for each research objective: 1) assess/document; 2) prescribe/treat; 3) communicate/collaborate/network with other stakeholders and 4) arbitrate/defend. The thematic units demonstrate the importance of collaboration between stakeholders and having effective communication among them. It also emerges that these clinicians would like to be better trained to align knowledge and practice. Mental health in the workplace is a topic which is becoming increasingly important and of concern within our society. The implementation of

adapted tools and training to help family physicians and psychiatrists to better perform their tasks can only have a positive impact on the practice of these clinicians and their patients.

Keywords : common mental disorder, return to work, family physician, psychiatrist, focus group, clinical tasks, needs.

Table des matières

Résumé.....	3
Abstract	5
Table des matières.....	7
Liste des tableaux	9
Liste des figures	10
Liste des sigles et abréviations	11
Remerciements.....	12
Chapitre 1 – Introduction	13
1.1 Mise en contexte	13
1.2 Objectifs.....	16
Chapitre 2 – Premier article scientifique	18
2.1 Introduction.....	21
2.1.1 Rôles des médecins traitants dans la reprise professionnelle de leurs patients avec un TMC..	22
2.2 Objectifs.....	23
2.3 Méthodologie	23
2.4 Résultats et discussions : présentation de vignettes cliniques suivies de discussions basées sur la littérature.....	24
2.4.1 Cas de Jean : dilemmes entre le rôle bénéfique du travail et celui de l’arrêt de travail.....	25
2.4.2 Cas de Jeannette : dilemmes des médecins traitants quant à leur rôle d’expert dans l’évaluation de la capacité à travailler d’un patient avec un TMC	27
2.4.3 Cas de Claire : dilemmes liés à la relation thérapeutique médecin-patient lorsqu’une évaluation de la capacité à travailler est en cause.....	32
2.5 La recherche sur la gestion de la reprise professionnelle par les médecins traitants des patients avec un TMC : perspectives d’avenir	34
2.6 Conclusion	35
Chapitre 3 – Deuxième article scientifique	36
3.1 Introduction.....	39
3.2 Objectifs.....	41
3.3 Méthodologie	41
3.3.1 Devis et collecte de données.....	41
3.3.2 Analyse des données	43

3.3.3 Profil des participants – données sociodémographiques	43
3.4 Résultats	44
3.4.1 Première question : comme MF/psychiatre, quelles sont vos tâches principales liées au processus de RAT?	44
3.4.2 Deuxième et troisième questions : Y a-t-il des éléments facilitants/gênants dans l'exécution de ces tâches?.....	50
3.4.3 Quatrième grande question : quels seraient vos besoins de formation pour vous aider dans l'accomplissement de ces tâches (liées à l'AT et au RAT)?	63
3.5 Discussion	67
3.5.1 Évaluer/documenter	67
3.5.2 Prescrire/traiter.....	69
3.5.3 Communiquer/collaborer/réseauter avec les autres acteurs.....	69
3.5.4 Arbitrer/défendre.....	70
3.6 Forces et limites.....	71
3.7 Conclusion	71
Chapitre 4 - Conclusion	74
Références bibliographiques	77

Liste des tableaux

Tableau 1 : Tâches/rôles des MF et psychiatres	47
Tableau 2 : Facteurs gênants et facilitants l'exécution des tâches	54
Tableau 3 : Modalités de formation et besoins.....	65

Liste des figures

Ce mémoire ne contient aucune figure.

Liste des sigles et abréviations

AT : arrêt de travail

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CORAT : coordonnateur du retour au travail

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (traduction en français : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

GASMA : Guichet d'accès en santé mentale

MF : médecin de famille

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PSY : psychiatre

RAT : retour au travail

TMC : troubles mentaux courants

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur et mon codirecteur, monsieur Marc Corbière et monsieur Jean-Robert Turcotte, sans qui mon mémoire n'aurait jamais vu le jour. Merci d'avoir cru en moi ainsi que mon projet de mémoire. Merci pour votre accompagnement et soutien tout au long de ce parcours. Merci pour les nombreuses lectures que vous avez faites, les rétroactions enrichissantes que vous avez apportées et les réflexions que vous avez posées. Merci pour votre disponibilité, votre rigueur et votre encadrement exceptionnel. J'ai été choyée d'avoir été dirigée par vous deux, merci!

Merci aussi à mes précieuses amies et à ma cousine Geneviève pour votre soutien et votre présence. Vos encouragements m'ont permis de me dépasser. Une pensée toute spéciale à mon amie Stéphanie qui m'a supporté durant toutes les étapes de ce mémoire.

Je tiens également à remercier mon conjoint, Dodji, et mon fils, Amari, pour votre soutien, pour tous les sacrifices et pour votre patience. Merci de m'avoir poussé et encouragé durant ce long processus. Je vous aime de tout mon cœur!

Chapitre 1 – Introduction

1.1 Mise en contexte

Une attention de plus en plus importante est accordée à la santé mentale au travail en raison, entre autres de la perte de bien-être chez les personnes atteintes d'un trouble mental ainsi que les coûts associés à l'invalidité au travail (Dewa et al., 2015). D'ailleurs, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) rapporte que du tiers à la moitié des nouvelles demandes d'invalidité sont relatives à un trouble mental (OCDE, 2012). Les répercussions économiques sont diverses et sont surtout liées à l'absentéisme, à la perte de productivité, au chômage ou encore aux frais médicaux (Lim et al., 2008). De retour au travail, lorsqu'il y a persistance d'un trouble mental ou des symptômes résiduels, les travailleurs risquent d'être moins productifs (Dewa et Lin, 2000). Cependant, il a également été observé que le traitement des troubles mentaux est lié à une augmentation de la productivité et à une réduction de l'incapacité au travail (Dewa et al., 2011). Des investissements plus importants et plus efficaces dans la promotion et le traitement des troubles mentaux pourraient aider à réduire considérablement ces coûts et aider davantage ces personnes à réaliser leur plein potentiel (OECD et European Union, 2018).

Dans l'ensemble des troubles mentaux, il y a une distinction à faire entre les troubles mentaux courants (aussi appelé troubles mentaux communs) (TMC) et les troubles mentaux graves. Les TMC font référence à une pathologie transitoire ou ponctuelle tels les troubles anxieux, les troubles dépressifs et les troubles de l'adaptation (Noordik et al., 2009). Contrairement aux TMC, les troubles mentaux graves ont un caractère chronique et persistant. La schizophrénie est un exemple de trouble mental grave (Laflamme et Nadeau, 2011). Concernant le lien à l'emploi, les TMC font aussi référence en général à des personnes avec un trouble mental en absence maladie et qui ont maintenu leur lien d'emploi comparativement aux personnes avec un trouble mental

grave qui sont restées absentes du marché du travail ordinaire pour une période prolongée (rupture du lien d'emploi avec une organisation et le marché du travail) (Corbière et al., 2013, 2015; Laflamme et Nadeau, 2011).

Quand il est question d'invalidité au travail, plusieurs acteurs sont impliqués dont l'employeur et les ressources humaines, les collègues de travail, le supérieur immédiat, le syndicat, le coordonnateur du retour au travail (CORAT), l'assureur, les psychologues et autres professionnels de la réadaptation, le médecin de famille (MF) et le psychiatre, lorsque requis (Corbière et al., 2019). Les MF et psychiatres sont des acteurs indispensables lorsqu'il est question d'invalidité au travail chez une personne avec un TMC.

De façon plus spécifique, il est important d'expliquer le rôle du MF dans la gestion de la reprise professionnelle d'un patient avec un TMC. Le MF se définit souvent comme l'avocat de son patient face aux autres acteurs, surtout face à l'assureur et à l'employeur (Dewa et al., 2015; Kiessling et Arrelöv, 2012; Macdonald et al., 2012; Pransky et al., 2002). Il se perçoit également comme le portier du système de compensation d'invalidité (Edlund et Dahlgren, 2002; Söderberg et Alexanderson, 2003; Sylvain et al., 2018; von Knorring et al., 2008). En effet, il se perçoit comme tel puisque c'est lui qui prescrit l'AT et sa durée (Bertilsson et al., 2018; Hiscock et al., 2001; Söderberg et Alexanderson, 2003; Soklaridis et al., 2011; Wahlström et Alexanderson, 2004) ainsi que les accommodements de travail lors d'un RAT (Söderberg et Alexanderson, 2003; Soklaridis et al., 2011). Avant d'arriver à la prescription d'un AT, le MF a plusieurs tâches d'évaluation. En effet, c'est lui qui va faire les investigations médicales afin de statuer s'il y a présence d'une condition médicale (Hiscock et al., 2001; Wahlström et Alexanderson, 2004). C'est également ce dernier qui va établir le diagnostic (Bertilsson et al., 2018; Dewa et al., 2015; Hiscock et al., 2001; Joosen et al., 2017; Söderberg et Alexanderson, 2003; Wahlström et Alexanderson, 2004), évaluer les tâches au travail (Bertilsson et al., 2018; Dewa et al., 2015; Hiscock et al., 2001; Macdonald et al., 2012; Söderberg et Alexanderson, 2003), évaluer les atteintes fonctionnelles ainsi que la sévérité des symptômes et finalement évaluer le lien entre les atteintes fonctionnelles et la capacité à travailler (Bertilsson et al., 2018; Dewa et al., 2015; Macdonald et al., 2012, p. 11; Pransky et al., 2002;

Schnitzler et al., 2018; Söderberg et Alexanderson, 2003; Sylvain et al., 2016; Wahlström et Alexanderson, 2004). Par la suite, c'est aussi lui qui évalue la pertinence d'un AT et qui évalue les avantages et inconvénients d'un AT (Bertilsson et al., 2018; Kiessling et Arrelöv, 2012; Söderberg et Alexanderson, 2003; Sylvain et al., 2016; Wahlström et Alexanderson, 2004). Si un AT ou RAT est indiqué, c'est lui qui a l'obligation de remplir les formulaires associés (Hiscock et al., 2001; Hussey et al., 2004; Wahlström et Alexanderson, 2004). Outre son rôle d'évaluateur, le MF va traiter le TMC pharmacologiquement si nécessaire (Hiscock et al., 2001; Soklaridis et al., 2011; Wahlström et Alexanderson, 2004), prescrire de la psychothérapie (Bertilsson et al., 2018; Stigmar K et al., 2010; Sylvain et al., 2016) ou de l'activation comportementale (Bertilsson et al., 2018; Joosen et al., 2017; Schnitzler et al., 2018; Stigmar K et al., 2010). Toujours dans son rôle de prescripteur, lors du RAT, c'est également lui qui va évaluer les symptômes résiduels et les risques de ces symptômes pour la sécurité au travail (Bertilsson et al., 2018; Hiscock et al., 2001; Pransky et al., 2002). Il va par ailleurs recommander des accommodements lors du RAT lorsque nécessaire (Söderberg et Alexanderson, 2003; Soklaridis et al., 2011). Lorsqu'il se sent dépassé ou lorsqu'il a besoin d'un avis spécialisé, ce dernier va référer son patient à un spécialiste, comme un psychiatre par exemple (Hiscock et al., 2001; Wahlström et Alexanderson, 2004). Durant tout le processus de gestion de l'invalidité, il est également de son devoir d'être empathique face à son patient (Macdonald et al., 2012), de collaborer avec les autres acteurs (Schnitzler et al., 2018; Wahlström et Alexanderson, 2004) et de faire des recommandations aux autres acteurs lorsque nécessaire (Schnitzler et al., 2018).

Concernant le psychiatre, qui œuvre en deuxième ligne, soit en support au MF, la littérature est plutôt pauvre sur le rôle qu'il détient dans le processus de gestion de la reprise professionnelle d'un patient avec un TMC. La littérature actuelle statue que le psychiatre a aussi le rôle d'avocat de son patient et celui d'évaluateur de l'invalidité pour l'assureur (Dewa et al., 2015). Tout comme le MF, il est de son rôle d'évaluer s'il y a présence d'une pathologie psychiatrique (Bertilsson et al., 2018; Dewa et al., 2015; Hiscock et al., 2001; Joosen et al., 2017; Söderberg et Alexanderson, 2003; Wahlström et Alexanderson, 2004), d'évaluer s'il y a des facteurs psychosociaux qui vont influencer le TMC et son traitement (Bertilsson et al., 2018; Dewa et al., 2015; Hiscock et al., 2001;

Macdonald et al., 2012; Soklaridis et al., 2011), d'évaluer les tâches au travail (Bertilsson et al., 2018; Dewa et al., 2015; Hiscock et al., 2001; Macdonald et al., 2012; Söderberg et Alexanderson, 2003) et d'évaluer le lien entre les atteintes fonctionnelles et la capacité à travailler (Bertilsson et al., 2018; Dewa et al., 2015; Macdonald et al., 2012, p. 11; Pransky et al., 2002; Schnitzler et al., 2018; Söderberg et Alexanderson, 2003; Sylvain et al., 2016; Wahlström et Alexanderson, 2004). Relativement aux prescriptions, tout comme le MF, c'est lui qui va prescrire un traitement pharmacologique, lorsqu'indiqué, ainsi que la psychothérapie (Bertilsson et al., 2018; Joosen et al., 2017; Schnitzler et al., 2018; Stigmar K et al., 2010). Il se doit également d'informer le travailleur du rôle de l'AT et de travailler l'anxiété d'appréhension au RAT de son patient (Joosen et al., 2017; Schnitzler et al., 2018). Tout comme le MF, il a le devoir de travailler en collaboration avec les autres acteurs durant l'AT ainsi que le RAT et de faire des recommandations aux autres acteurs, lorsque pertinent (Schnitzler et al., 2018).

1.2 Objectifs

Les objectifs du présent mémoire sont de présenter deux articles scientifiques. Le premier article, déjà publié dans la revue *Santé mentale au Québec* en 2019 (Boileau-Falardeau et al., 2019), abordera les dilemmes des médecins traitants relativement à la gestion de la reprise professionnelle des patients avec un TMC. Le second article visera à mieux comprendre l'implication des MF et psychiatres dans le processus de gestion de l'invalidité des travailleurs en absence maladie due à un TMC via des groupes de discussion. À noter que le deuxième article a été soumis pour publication le 25 avril 2023.

Les dilemmes présentés dans le premier article sont illustrés par trois vignettes cliniques et portent sur les thèmes suivants:

- 1) l'évaluation du potentiel thérapeutique des AT;

- 2) le rôle d'expert octroyé aux médecins traitants et au processus d'évaluation de la capacité à travailler;
- 3) les aspects administratifs liés à cette évaluation et
- 4) la relation thérapeutique médecin-patient.

La littérature jusqu'en 2019, date de la parution de l'article, nous indique que ce sont des dilemmes récurrents chez les médecins traitants dans le contexte de la gestion de la reprise professionnelle à la suite d'un TMC (Arrelöv et al., 2007; Dewa et al., 2015; Edlund et Dahlgren, 2002; Engblom et al., 2011; Gerner et Alexanderson, 2008; Hussey et al., 2004; Joosen et al., 2017; Kiessling et Arrelöv, 2012; Letrilliart et Barrau, 2012; Ljungquist et al., 2015; Macdonald et al., 2012; Money et al., 2010; Nilsson et al., 2012; Pransky et al., 2002; Söderberg et Alexanderson, 2003; Soklaridis et al., 2011; Stigmar K et al., 2010; Sturesson et al., 2013; Swartling et al., 2008; Sylvain et al., 2016, 2018; von Knorring et al., 2008; Wahlström et Alexanderson, 2004; Wynne-Jones et al., 2010). Ces dilemmes seront enrichis de vignettes cliniques afin de mieux représenter la problématique.

En continuité avec le premier article, le deuxième article est une étude de nature qualitative qui vise à mieux comprendre l'implication des MF et psychiatres dans le processus de gestion de l'invalidité des travailleurs en absence maladie due à un TMC. Plus particulièrement, les questions principales adressées lors des groupes de discussion sont les suivantes :

- Quelles sont les tâches principales des MF et psychiatres liées au processus de RAT (c'est-à-dire la prescription et suivi de l'AT)?
- Y a-t-il des éléments qui facilitent ou gênent les MF et psychiatres dans l'exécution de ces tâches?
- Quels sont les besoins de formation ou modalités qui pourraient être mises en place pour faciliter l'accomplissement de ces tâches?

Chapitre 2 – Premier article scientifique

Dilemmes des médecins traitants lors du retour au travail de personnes aux prises avec un trouble mental courant : illustration par des vignettes cliniques (publié en 2019 dans la revue *Santé mentale au Québec*)

Fabienne Boileau-Falardeau^a, Jean-Robert Turcotte^b, Paul-André Lafleur^c et Marc Corbière^d

^a. M.D., FRCPC, candidate à la maîtrise en sciences biomédicales, Université de Montréal. Psychiatre, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

^b. M.D., MPH FRCPC; Psychiatre et professeur adjoint, Université de Montréal et CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

^c. M.D. Psychiatre légiste et professeur adjoint, Université de Montréal et CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

^d. Ph. D. Professeur titulaire au Département d'éducation et pédagogie - Counseling de carrière, Université du Québec à Montréal (UQAM); Chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CR-IUSMM); Titulaire de la Chaire de recherche en santé mentale et travail, Fondation de l'IUSMM.

RÉSUMÉ Introduction Les troubles mentaux courants (TMC) sont une des causes majeures d'invalidité au travail dans le monde. Plusieurs études démontrent que plus la durée de l'arrêt de travail est longue, plus minces sont les chances que la personne avec un TMC retourne au travail. Il est donc important que l'arrêt de travail soit d'une durée adéquate pour permettre à l'individu un rétablissement durable tout en diminuant les risques de rechute. Les médecins traitants ont un rôle important à jouer dans le cadre de la reprise professionnelle des personnes avec un TMC.

Objectif Cet article a comme principal objectif de présenter des vignettes cliniques supportées par la littérature relativement à la gestion par les médecins traitants de la reprise professionnelle de leurs patients avec un TMC. **Méthodologie** Issues d'expériences cliniques, 3 vignettes cliniques illustrant plusieurs dilemmes que des médecins traitants peuvent rencontrer lors de la reprise professionnelle de leurs patients avec un TMC sont présentées. Les dilemmes sont soutenus par des articles publiés entre 2000 à 2020, provenant des bases de données *Medline* et *PsycInfo*.

Résultats et discussion Les 3 vignettes portent sur les dilemmes relatifs aux thèmes suivants : 1) l'évaluation du potentiel thérapeutique des arrêts de travail ; 2) le rôle d'expert octroyé aux médecins traitants et au processus complexe d'évaluation de la capacité à travailler ; 3) les aspects administratifs liés à cette évaluation ; 4) la relation thérapeutique médecin-patient. La littérature nous indique que ce sont des dilemmes récurrents chez les médecins traitants dans le contexte de la gestion de la reprise professionnelle à la suite d'un TMC. **Conclusion** La gestion des arrêts maladie chez les travailleurs avec un TMC par les médecins traitants comporte plusieurs dilemmes. Ces dilemmes mettent en lumière, entre autres, l'importance pour les médecins traitants de travailler en collaboration avec les autres acteurs et d'obtenir leur soutien et collaboration. Ces observations nous amènent à conduire une revue plus systématique de l'expérience des médecins traitants et de leurs besoins.

MOTS CLÉS incapacité au travail, retour au travail, trouble mental courant, médecin traitant

Dilemmas of clinicians on the return to work of people with a common mental disorder: illustrated by clinical cases

ABSTRACT Introduction Common mental disorders (CMD) are one of the leading causes of workplace disability worldwide. Many studies show that the longer a person is off work, the less likely they are to return to work. It is therefore important that the duration of a work absence be an adequate duration to allow the individual to make a lasting recovery while reducing the risk of relapse. Clinicians have an important role to play in the professional recovery of people with CMD.

Purpose The main objective of this article is to present clinical cases supported by the literature in the link to the management of return to work by clinicians treating their patients with CMD.

Methods Based on clinical observations, three clinical cases illustrating several dilemmas that clinicians may encounter when managing return to work of their patients with a CMD are presented. These dilemmas are supported by articles published between 2000 and 2020 from the *Medline* and *PsycInfo* databases.

Results and discussion Three clinical cases address dilemmas related to the following themes: 1) the assessment of the therapeutic potential of work absence, 2) the expert role given to clinicians and the complex process of assessing work disability, 3) the administrative aspects related to this assessment and 4) the impact of this assessment on therapeutic alliance between the clinician and his patient with CMD. The literature tells us that these are recurring dilemmas for clinicians when managing the return to work of their patient with CMD. **Conclusions** There are several dilemmas in the management of sick leave among workers with CMD by clinicians. These dilemmas highlight, among other things, the importance for clinicians to work collaboratively with other stakeholders and to obtain their support and collaboration. These observations lead us to conduct a more systematic review of the experience of clinicians and their needs.

KEYWORDS : inability to work, return to work, common mental disorder, clinicians.

2.1 Introduction

Le tiers des Canadiens, soit environ 9,1 millions de personnes, satisfaisait aux critères d'au moins un des troubles mentaux suivants à un moment donné de leur vie : trouble dépressif, trouble bipolaire, trouble anxieux ou trouble lié à l'utilisation de substances (gouvernement du Canada, 2013). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), en 2019, la dépression est la première cause d'incapacité dans le monde (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2019). Entre 2005 et 2015, soit en une décennie, il y a eu une augmentation de la prévalence de la dépression de 18 % (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2017). L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) rapporte que du tiers à la moitié de nouvelles demandes d'invalidité au travail sont liées à la maladie mentale (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2012).

Parmi les troubles mentaux, les troubles mentaux courants (TMC) font référence, dans la littérature spécialisée, aux troubles anxieux, troubles dépressifs et de l'adaptation (Corbière, Negrini et Dewa, 2013 ; Noordik, van Dijk, Nieuwenhuijsen et van der Klink, 2009). De plus, les personnes avec un TMC sont la plupart du temps des salariés qui ont développé un trouble durant leur activité professionnelle et, lorsqu'il y a un arrêt de travail, ces derniers conservent un lien d'emploi avec une organisation (Corbière et coll., 2015, 2013 ; Laflamme et Nadeau, 2011 ; Noordik et coll., 2009). La durée d'une absence maladie liée à un trouble mental peut être 2 fois plus longue qu'une absence pour un autre type de maladie (Dewa, 2017). En effet, la durée moyenne de l'absence pour toutes maladies confondues est de 34 jours, alors qu'elle est de 67 jours pour un trouble mental (Dewa et al., 2010).

Concernant l'incapacité en tant que telle, plus longtemps une personne est absente du travail, moins elle est susceptible d'y retourner. Les statistiques démontrent que 50 % des personnes en arrêt de travail pendant 8 semaines ou plus n'y retourneront jamais (Steinberg, 2011). Ce pourcentage augmente à 85 % pour celles en arrêt de travail 6 mois ou plus (Steinberg, 2011).

2.1.1 Rôles des médecins traitants dans la reprise professionnelle de leurs patients avec un TMC

Plusieurs acteurs sont impliqués dans le retour au travail des personnes avec un TMC tels l'employeur, les cadres des ressources humaines, le supérieur immédiat, les collègues de travail, le syndicat, les psychologues et autres thérapeutes, le coordonnateur du retour au travail, les assureurs et le médecin traitant (Corbière et coll., 2019). Le médecin traitant est important pour les autres acteurs impliqués puisque c'est ce dernier qui fournit les rapports de progression de son patient ; il officialise les incapacités en quelque sorte (Corbière et coll., 2019 ; Lederer, Loisel, Rivard et Champagne, 2014 ; Steinberg, 2011 ; Young et coll., 2005). Paradoxalement, ils n'ont reçu que peu ou pas de formation en santé mentale au travail durant leur curriculum universitaire et médical.

Le médecin traitant va également encourager le travailleur à communiquer avec les autres acteurs selon ses besoins et l'évolution (Corbière et coll., 2019). Concrètement, voici les 4 rôles qu'occupe le médecin traitant : a) faire l'évaluation, fournir un diagnostic et offrir des soins appropriés pour répondre à l'état de santé du travailleur en congé de maladie ; b) développer une relation empathique avec son patient, être à l'écoute des besoins de son patient et l'impliquer dans le plan de traitement ; c) fournir des recommandations d'intervention ou de service aux acteurs concernés ; d) faire un suivi thérapeutique auprès du patient et s'assurer que les traitements favorisent son rétablissement (p. ex. prescription du retour au travail, établissement des limitations fonctionnelles¹ et restrictions fonctionnelles²) (Corbière et al., 2019; Dewa et al., 2015; Wahlström et Alexanderson, 2004). Ces tâches sont assumées par le médecin traitant seul ou en collaboration avec d'autres professionnels de la santé (Dewa et al., 2015; Wahlström et Alexanderson, 2004). Relativement à leur rôle, plusieurs médecins traitants ont la perception

¹ Les limitations fonctionnelles sont des pertes ou des diminutions des fonctions corporelles – physiques, cognitives ou sensorielles – associées à la lésion professionnelle.

² Les restrictions fonctionnelles sont quant à elles des recommandations médicales visant à interdire ou à limiter, à des fins thérapeutiques ou préventives, l'exercice de certaines activités ou l'exécution de certains mouvements ou postures. Elles découlent des déficiences. (IRSST, 1991).

d'être les « portiers » du système d'invalidité (Dewa et coll., 2015 ; Söderberg et Alexanderson, 2003) et expriment un manque de communication et de soutien de la part des autres acteurs impliqués (Foley, Thorley et Von Hout, 2013 ; Soklaridis, Tang, Cartmill, Cassidy et Andersen, 2011 ; Sylvain, Durand, Maillette et Lamothe, 2016). Certains médecins traitants vont aussi trouver difficile de gérer les attentes des autres acteurs et souhaiteraient un travail plus collaboratif (Soklaridis et coll., 2011). Dans ce sens, la littérature démontre bien l'évolution favorable d'une reprise professionnelle et la diminution du risque de rechute lorsqu'il y a une communication entre les acteurs ainsi qu'une cohésion dans la conduite à tenir auprès d'un patient avec un TMC (Anema et coll., 2006 ; Brijnath et coll., 2014 ; Hamm, Reiss, Paul et Bursztajn, 2007). Toutefois, le médecin est souvent confronté à des dilemmes lorsqu'il s'agit d'intervenir dans un processus de retour au travail chez un patient aux prises avec un TMC. Force est de constater que ces dilemmes sont souvent peu abordés dans la littérature.

2.2 Objectifs

L'objectif de cet article est de présenter 3 vignettes cliniques et les dilemmes que peuvent rencontrer des médecins traitants lors de la gestion de la reprise professionnelle d'un patient aux prises avec un TMC. Nous discuterons de ces vignettes en tentant de les appuyer avec la littérature. De futures pistes de recherche dans ce domaine d'étude seront également abordées.

2.3 Méthodologie

À partir des expériences cliniques en expertise médico-légale et en psychiatrie répondant au guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA) du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, plusieurs dilemmes ont été dégagés relativement à la gestion de la reprise professionnelle des personnes avec un TMC. De ces observations cliniques, les dilemmes récurrents ont été identifiés et présentés sous forme de vignettes anonymisées. Une recherche dans la littérature a été par la suite effectuée pour appuyer ces dilemmes.

La recherche dans la littérature est basée sur une extraction des articles pertinents entre 2000 à 2020 en utilisant les bases de données *Medline* et *PsycInfo*.

Les recherches bibliographiques ont été effectuées en combinant les dérivatifs des descripteurs en langue anglaise suivants :

- *inability to work, work disability, work capacity evaluation, work capacity assessment, sick leave, disability leave, return to work, back to work, sickness certification ;*
- *transient mental disorder, common mental disorder, depression, anxiety, adjustment disorder, affective disorder, mood disorder, bipolar disorder, substance-related disorder, substance disorder, transient situational disturbance ;*
- *doctor, general practitioner, psychiatrist, family doctor, medical specialist, clinician.*

2.4 Résultats et discussions : présentation de vignettes cliniques suivies de discussions basées sur la littérature

Utiliser les arrêts de travail comme outil thérapeutique n'est pas une tâche facile et plusieurs dilemmes existent chez les médecins traitants. Dans ce contexte, nous présenterons, d'une part, 3 vignettes cliniques tirées d'observations cliniques en expertise médico-légale et auprès de médecins spécialistes répondants en psychiatrie au GASMA du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Par la suite, à partir de ces vignettes, nous aborderons 4 dilemmes présents chez les médecins traitants et associés notamment : 1) à l'évaluation du potentiel thérapeutique des arrêts de travail ; 2) au rôle d'expert octroyé aux médecins traitants et au processus d'évaluation de l'incapacité au travail ; 3) aux aspects administratifs découlant de cette évaluation ; 4) à la relation thérapeutique médecin-patient. Ces dilemmes seront appuyés sur une recherche dans la littérature existante. Un retour sur les vignettes sera fait afin d'aborder des pistes de réflexion et des sujets potentiels de recherche.

2.4.1 Cas de Jean : dilemmes entre le rôle bénéfique du travail et celui de l'arrêt de travail

2.4.1.1 Présentation du cas de Jean

Jean travaille au sein d'une entreprise multinationale canadienne depuis 25 ans. Il a un dossier d'absentéisme pratiquement vierge. Il a 56 ans. Il se sent valorisé de travailler pour cette entreprise. Il a des problèmes conjugaux, le climat à la maison est difficile, sa conjointe est plutôt dominante alors qu'il est plutôt dépendant/passif. Pour lui, le travail est un refuge, il fait autant d'heures supplémentaires que possible pour ne pas être à la maison. Jean est un homme anxieux, un peu obsessionnel, un peu lent au travail ce qui excède ses collègues. Il a le même superviseur depuis 10 ans, ce dernier est légèrement plus jeune que Jean. Ils s'entendent bien. Même si Jean est moins rapide que les autres travailleurs, le superviseur est satisfait de ses services et pense que c'est un homme méticuleux et fiable. Pour Jean, le travail est très « thérapeutique », c'est ce qui maintient l'équilibre dans sa vie. Cependant, il y a des changements dans l'organisation, on implante de nouvelles normes pour améliorer l'efficacité. Dans la foulée de ces changements, le superviseur de Jean est remplacé. C'est un des jeunes collègues de Jean qui accède au poste de superviseur. Quelques semaines plus tard, il fait savoir à Jean que ce qu'il faisait avec fierté depuis 25 ans « n'est plus bon ». Il lui demande de s'adapter, d'aller plus vite. Jean devient très anxieux, ne dort plus la nuit, rumine constamment et anticipe la journée de travail du lendemain. Le milieu de travail « thérapeutique » devient un enfer. Jean voit son médecin qui le met en arrêt travail et qui lui prescrit un antidépresseur. Le médecin traitant essaie de maintenir l'arrêt de travail court, il est d'avis que « le travail c'est la santé ». Jean n'est pas un homme qui s'oppose et accepte le retour au travail. Il est capable de travailler quelques semaines, mais devant la pression, il redevient encore plus symptomatique que lors du premier arrêt de travail. Il revoit son médecin dans ce contexte.

2.4.1.2 Dilemmes relativement à l'évaluation du potentiel thérapeutique du travail et celui de l'arrêt de travail

Lorsqu'une personne est incapable d'accomplir les tâches liées à son emploi en raison des symptômes associés à un TMC, un arrêt de travail est indiqué. Plusieurs risques sont associés à un retour au travail prématuré chez un travailleur encore symptomatique telles que l'augmentation des blessures dues à un jugement et/ou attention diminués, la diminution de la productivité, la détérioration des symptômes psychiatriques et le risque d'une perte d'emploi (Dewa et Lin, 2000 ; Steinberg, 2011). À l'opposé, il y a des risques associés au prolongement injustifié d'un arrêt de travail comme celui d'être en invalidité à long terme ou encore de renforcer un comportement d'évitement (Steinberg, 2011). De plus, il y a une augmentation du risque d'isolement et une diminution des activités significatives et constructives (Volker et coll., 2013).

Or, il a été observé que le traitement des troubles mentaux est lié à une augmentation de la productivité et à une réduction de l'incapacité au travail (Dewa et al., 2011). Le travail peut être source de stress pour certains employés, mais pour d'autres, on peut constater une amélioration de leur état de santé psychologique après avoir trouvé un emploi ou après être retourné à leur poste. Le travail pourrait donc être perçu comme la pierre angulaire du rétablissement s'il se fait dans de bonnes conditions (Corbière, 2009). Ceci serait en partie dû à l'effet de se remettre en action, de retrouver son réseau social, du renforcement positif que leur statut professionnel apporte à leur estime de soi et à leur sentiment de valorisation au sein de la société (OECD et European Union, 2018).

2.4.1.3 De retour sur la vignette clinique

Dans la situation de Jean, le travail, qui était source de valorisation, fait actuellement apparaître une souffrance psychique chez cet homme qui avait déjà des fragilités obsessionnelles. Dans ce cas de figure, il serait judicieux que le supérieur immédiat soit sensibilisé à la fois aux difficultés

de Jean et au grand potentiel de ce travailleur méticuleux et fiable. Un retour au travail dans les mêmes conditions, sans accommodation, a en effet généré une rechute des symptômes. Le médecin traitant peut se sentir démuni face à ce type de situation et peut être ambivalent à prescrire un arrêt de travail ou à conserver le maintien à l'emploi. Il peut aussi être incertain de la conduite à tenir avec son patient. Dans ce genre de situation, il aurait été important d'impliquer un professionnel en réadaptation. Ce professionnel de la réadaptation pourrait d'ailleurs établir le pont entre le médecin et le supérieur immédiat. Il pourrait également faire ressortir les enjeux de santé mentale au travail dans un esprit collaboratif pour pallier les difficultés rencontrées par le patient. La littérature démontre bien les impacts bénéfiques d'un retour et maintien à l'emploi lorsqu'il y a un travail collaboratif entre les acteurs (Brijnath et coll., 2014 ; Corbière et coll., 2018 ; Schnitzler, Kosny et Lifshen, 2018).

En somme, l'évaluation du potentiel thérapeutique d'un emploi peut être complexe. Le travail peut être source de valorisation, mais aussi de souffrance selon les conditions en place. Il est donc important pour le médecin traitant d'avoir le soutien des autres acteurs qui pourront l'aider dans cette analyse et qui pourront également offrir des services au patient.

2.4.2 Cas de Jeannette : dilemmes des médecins traitants quant à leur rôle d'expert dans l'évaluation de la capacité à travailler d'un patient avec un TMC

2.4.2.1 Présentation du cas de Jeannette

Dre Constant évalue sa patiente de longue date, Jeannette. Jeannette a 40 ans. Elle est infirmière dans un hôpital. Elle a 2 adolescents à la maison, son mari travaille beaucoup et il est souvent absent. Dans le cadre de son emploi, Jeannette est perçue comme celle qui se soucie de tous les détails, comme la « perfectionniste ». Depuis plusieurs mois, plusieurs infirmiers sont en arrêt maladie et elle doit faire du temps supplémentaire obligatoire. Elle demande souvent de l'aide

qu'elle n'a pas. Jeannette développe un trouble anxieux et dépressif, elle a des difficultés de sommeil. Elle voit son médecin de famille, Dre Constant, dans le cadre d'une visite annuelle. Jeannette éclate en sanglots dans le bureau en racontant son histoire. Dre Constant, elle aussi mère de 2 adolescents, est très empathique et préconise un arrêt de travail pour Jeannette. Elle lui recommande de faire de l'exercice, de sortir de la maison et « de prendre soin d'elle », ce qu'elle fait. Quelques semaines plus tard, le médecin de l'employeur rencontre Jeannette. Il conclut que Jeannette a souffert d'un « léger trouble de l'adaptation », que son examen mental est « pratiquement normal » et qu'il n'y a aucune raison qui justifie un arrêt de travail. Il recommande donc un retour au travail en mentionnant qu'il ne faut pas « médicaliser le problème ». Dre Constant est furieuse et se sent invalidée.

2.4.2.2 Dilemmes des médecins traitants relativement à leur rôle d'expert dans l'évaluation de la capacité de leur patient à travailler

La subjectivité des pathologies psychiatriques rend la tâche complexe pour les médecins traitants puisqu'aucun laboratoire ou imagerie ne permet de confirmer un diagnostic psychiatrique (Brijnath et coll., 2014 ; Macdonald et coll., 2012). La subjectivité est également présente lors d'une évaluation de la capacité d'un travailleur à exercer son emploi puisqu'une définition commune n'existe pas (Dewa et coll., 2015 ; OECD, 2010). Lederer et coll. (2014) ont tenté de conceptualiser une définition de l'incapacité au travail à travers une revue de littérature, mais ceci s'est avéré complexe.

L'évaluation par le médecin traitant de la capacité à travailler est ardue en raison de l'absence d'une définition commune ainsi que la nécessité de contextualiser les symptômes de son patient dans le cadre de son emploi et de statuer sur sa capacité à effectuer ses tâches au travail (Dewa et al., 2015; Macdonald et al., 2012; Okpaku et al., 1994). Plus particulièrement, le médecin traitant doit déterminer les effets (positifs ou négatifs) de l'emploi sur la psyché du patient ainsi que les impacts (positifs ou négatifs) d'un arrêt de travail sur ce dernier (Macdonald et coll., 2012).

Dans la plupart des cas, le médecin traitant a peu d'information sur la nature du métier de son patient et les tâches associées. Ces informations sont souvent obtenues via les propos du patient avec toute sa subjectivité. Le manque d'outils et d'échelles pouvant aider les médecins traitants dans leur évaluation vient aussi accentuer la subjectivité de leur évaluation (Pransky et al., 2002). Par conséquent, il s'avère d'autant plus difficile d'évaluer les impacts des symptômes psychiatriques d'un patient sur son emploi, sur sa capacité à exercer ses fonctions et à assumer ses responsabilités professionnelles (Krohne et Brage, 2008). Ces éléments expliquent en partie l'hétérogénéité des évaluations des médecins traitants (Lederer et coll., 2014).

De plus, il y a généralement un manque de connaissances des lois et normes du travail ainsi que des politiques et accommodements possibles qu'un employeur pourrait mettre en place (Hussey, Hoddinott, Wilson, Dowell et Barbour, 2004 ; Laflamme, 2017 ; Macdonald et coll., 2012 ; Soklaridis et coll., 2011). Plus spécifiquement, les politiques de retour au travail de l'employeur, le processus de compensation, les mesures d'accommodements possibles, entre autres, sont souvent inconnus du médecin traitant. Ces éléments pourraient aider ce dernier dans son évaluation fine de la capacité à travailler de son patient, du suivi et du plan de traitement (Soklaridis et coll., 2011). Tous ces éléments font en sorte que les médecins traitants ont une difficulté à prévoir la durée de l'arrêt de travail ainsi que les modalités de retour au travail (Collie, Ruseckaite, Brijnath, Kosny et Mazza, 2013 ; Schnitzler et coll., 2018).

Pour plusieurs médecins traitants, l'évaluation de la capacité à travailler d'une personne avec un TMC est une source d'anxiété au point où certains vont l'éviter (Brijnath et coll., 2014). La littérature fait ressortir plusieurs inconforts chez les médecins traitants, dont une insécurité liée à leur rôle d'expert (Schnitzler et coll., 2018 ; Soklaridis et coll., 2011). En effet, comme discuté, ce sont eux qui officialisent, via le certificat médical, l'incapacité au travail ainsi que la progression de leur patient. Cependant, malgré le statut d'expert qui leur est octroyé, plusieurs revendiquent le manque de formation pour mener à terme une évaluation fine de la capacité à travailler (Dell-Kuster et coll., 2014 ; Pransky et coll., 2002 ; Schnitzler et coll., 2018 ; Soklaridis et coll., 2011).

Outre l'inconfort associé à l'évaluation de la capacité en tant que telle, les médecins traitants se trouvent dans une position difficile lorsqu'il y a désaccord entre les acteurs relativement à l'indication d'un arrêt de travail ou pas (Schnitzler et coll., 2018). Cet inconfort se répercute également sur le patient et peut augmenter sa souffrance (Schnitzler et coll., 2018). Dans les cas de litige, les médecins traitants ont l'impression d'avoir une position d'adversaire avec les autres acteurs afin de défendre leur évaluation et leur prescription d'un arrêt de travail (Brijnath et coll., 2014 ; Schnitzler et coll., 2018).

2.4.2.3 Dilemmes des médecins traitants liés aux aspects administratifs découlant de l'évaluation de la capacité à travailler

Pour les médecins traitants, l'évaluation de la capacité à travailler exige beaucoup de temps puisqu'elle doit être effectuée en plus des autres tâches cliniques et médico-administratives (Soklaridis et coll., 2011). Le temps accordé à l'évaluation et au suivi d'un patient en arrêt de travail ou en processus de retour au travail est plus important en raison de la complexité de ces tâches. En plus de l'évaluation et du suivi, le traitement du patient avec un TMC peut être complexe, surtout lorsqu'il y a présence de difficultés psychosociales ou d'enjeux de personnalité s'ajoutant au tableau (Macdonald et coll., 2009, 2012). Également, les médecins traitants sont fréquemment obligés de remplir des formulaires d'incapacité au travail non standardisés et présentant souvent des questions évasives (Soklaridis et coll., 2011).

2.4.2.4 De retour sur la vignette clinique

Dans le cas de Jeannette, il est peut-être difficile de départager la composante psychologique associée au travail des autres problématiques psychosociales (Brijnath et coll., 2014). Certaines fragilités prémorbides peuvent venir compliquer le tableau et il peut être difficile de mettre en lumière les implications psychosociales qui se cachent derrière des symptômes psychiatriques. Dans la complexité de son analyse, le médecin traitant doit se demander si la prescription d'un

arrêt de travail est indiquée et s'il s'agit du meilleur traitement pour sa patiente. En outre, le médecin traitant doit posséder et expliquer les notions de limitations et restrictions fonctionnelles de sa patiente. Il est important pour ce dernier de faire la distinction entre ces deux concepts. En effet, les limitations fonctionnelles définissent ce qu'un patient ne peut faire en raison de son état alors que les restrictions fonctionnelles indiquent ce qu'un patient ne peut faire au risque, sinon, d'aggraver son état. Le médecin expert de son côté doit non seulement évaluer les limitations, mais toute la question de l'impact du travail sur la santé mentale du travailleur.

Par ailleurs, dans le cas de Jeannette, Dre Constant présente de la sympathie pour sa patiente et il lui est difficile d'avoir un regard objectif. Après que sa patiente ait été évaluée par un médecin indépendant, il semble que les deux acteurs n'ont, chacun dans leur bureau, regardé qu'une dimension du problème de santé de Jeannette. Dre Constant se sent invalidée relativement aux conclusions du médecin indépendant. Dans des cas comme celui-ci, il est important pour le médecin traitant d'obtenir de l'aide et du support quant à l'évaluation et à la conduite à tenir avec son patient. Lorsqu'il y a une conflictualité ou une diminution de l'objectivité dans l'évaluation d'une capacité à travailler d'un patient, il est important de trianguler avec un tiers neutre comme un collègue, un psychiatre répondant du guichet d'accès en santé mentale (GASMA) ou d'un médecin expert, mais encore faut-il que ces acteurs aient une bonne connaissance de la santé mentale au travail. Cette triangulation va tout de même offrir au médecin traitant un support et une distance pour lui permettre d'avoir plus d'objectivité face à la situation. Cela va aussi renforcer son sentiment de compétence.

Outre l'évaluation en tant que telle de la capacité d'une personne à occuper son emploi, plusieurs aspects administratifs chronophages viennent complexifier la tâche du médecin traitant tels les formulaires souvent complexes et non standardisés.

En conclusion, le rôle d'expert octroyé aux médecins traitants génère souvent un inconfort chez ces derniers en raison de la subjectivité liée à l'évaluation de la capacité à travailler de leur patient.

En cas de désaccord entre les acteurs, les médecins traitants se retrouvent dans une position litigieuse et peuvent ressentir une invalidation relativement à leur évaluation et leur prescription d'un arrêt de travail. De plus, plusieurs expriment le manque d'outils standardisés et de connaissances pour réaliser cette tâche.

2.4.3 Cas de Claire : dilemmes liés à la relation thérapeutique médecin-patient lorsqu'une évaluation de la capacité à travailler est en cause

2.4.3.1 Présentation du cas de Claire

Claire a 38 ans et travaille dans une banque. Elle est considérée comme une employée dynamique et elle est appréciée de son employeur. Elle vient de se séparer de son conjoint il y a 6 semaines. Ce n'est pas sa première rupture. Elle a le même médecin de famille depuis l'adolescence. Ce médecin la connaît bien et a généralement une bonne relation avec elle. Dans son dossier, ce médecin indique que sa patiente a des traits de personnalité limite. Il y a eu 2 arrêts de travail dans le passé, toujours dans le contexte d'une rupture amoureuse entraînant un état de crise. Lors de ces crises, Claire présente des symptômes anxieux et dépressifs ainsi que des idées suicidaires. Le premier arrêt de travail, il y a 7 ans, a duré 3 mois. Le médecin avait eu beaucoup de difficultés à retourner sa patiente au travail. Le 2^e arrêt de travail, il y a 2 ans, a duré presque 6 mois. Dans les 2 cas, la relation avec le médecin de famille a été mise à mal. Il y a eu beaucoup de protestations de la part de la patiente, du clivage. La patiente ne respecte pas le cadre et elle se présente souvent sans rendez-vous en menaçant son médecin de faire une plainte au collège des médecins s'il n'accepte pas de la recevoir dans son bureau. Le médecin de famille est très inquiet, il a peur que l'invalidité dure plusieurs mois. Il réalise bien que sa relation avec sa patiente est très fragile. Malgré cette relation fragile, il a réussi à la convaincre de se faire évaluer par un autre médecin extérieur et indépendant. De lui-même, le médecin traitant contacte la compagnie d'assurance et demande une évaluation par un psychiatre indépendant. Claire est vue par un psychiatre expert, il constate l'état anxieux et surtout les traits de personnalité limite. Lors de son

évaluation, il prend en compte la rupture récente. Dans son rapport, il conseille de ne pas demander à la patiente de retourner immédiatement au travail. Il conseille l'ajout d'un ergothérapeute spécialisé en retour au travail pour aider Claire à s'activer. Il y a une discussion entre le psychiatre et l'ergothérapeute sur l'attitude à adopter, sur l'importance de valider la détresse de la patiente et sur le fait qu'on ne lui demande pas un retour au travail immédiat. Claire accepte d'être vue par un psychologue pour travailler l'anxiété liée à la rupture récente. Le psychiatre suggère que le médecin de famille, l'ergothérapeute et la psychologue restent en contact. Une référence est faite vers une clinique spécialisée pour les troubles relationnels. La crise s'est estompée graduellement, les choses n'ont pas été faciles, mais le médecin a pu se dégager et ne pas être « le méchant » qui décide du retour au travail. Claire est finalement retournée travailler 3 mois plus tard.

2.4.3.2 Dilemmes liés à la relation médecin-patient dans le cadre d'une évaluation de la capacité à travailler

Le médecin traitant est celui qui assure le suivi de son patient non seulement dans un contexte d'arrêt de travail, mais également pour ses autres besoins médicaux. L'alliance thérapeutique se crée avec le temps et le médecin traitant a le désir de conserver un lien positif avec son patient dans le cadre de l'évaluation de la capacité au travail ainsi que lors de la gestion d'une reprise professionnelle (Foley et coll., 2013 ; Soklaridis et coll., 2011). Dans ce contexte, il y a souvent une négociation qui s'installe entre le médecin et son patient (Macdonald et coll., 2012). Le refus d'un arrêt de travail ou la prescription d'un retour au travail peut venir entacher cette relation thérapeutique parfois difficile à mettre en place. D'ailleurs, la présence d'un désaccord entre le médecin traitant et le patient relativement au moment où un retour au travail est envisagé expliquerait en partie d'éventuelles rechutes (Corbière et coll., 2018).

2.4.3.3 De retour sur la vignette clinique

Dans cette vignette, autant le médecin traitant que la patiente profitent des services spécialisés offerts par l'assureur de cette dernière. En général, les services fournis par l'assureur ou l'employeur sont appréciés des médecins traitants (Sylvain et coll., 2016). Ce type de service permet une prise de décision partagée entre les acteurs. En plus d'obtenir du support, ce travail collaboratif permet au médecin traitant de protéger l'alliance thérapeutique avec son patient.

En conclusion, l'évaluation de la capacité à travailler et la gestion de la reprise professionnelle génèrent des dilemmes chez le médecin traitant. En effet, ce dernier souhaite conserver une alliance thérapeutique avec son patient tout en exécutant une évaluation dont les conclusions pourraient être désagréables pour ce dernier.

2.5 La recherche sur la gestion de la reprise professionnelle par les médecins traitants des patients avec un TMC : perspectives d'avenir

La gestion de la reprise professionnelle chez les personnes avec un TMC est une problématique qui prend de l'ampleur et sur laquelle il est important de s'attarder. Dans les vignettes cliniques et les discussions associées, nous avons tenté de mettre en lumière certains dilemmes vécus par les médecins traitants. Le présent article n'est certainement pas exhaustif, mais il met en relief la nécessité d'une revue de la littérature plus approfondie afin, d'une part, de dégager les dilemmes des médecins traitants de façon plus systématique et d'autre part, d'émettre des suggestions pour les résoudre.

Parallèlement, nous sommes d'avis qu'outre une revue de littérature systématique, il est important de comprendre l'expérience et les besoins des médecins traitants avant de proposer des pistes d'action pour tenter de dénouer ces dilemmes. Dans ce contexte, un projet de

recherche se déroulera sous peu dans le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal afin de mettre en lumière la perspective des médecins traitants relativement à la gestion actuelle des incapacités au travail des patients avec un TMC. Une analyse des besoins des médecins traitants est prévue afin de développer éventuellement des outils ou des formations pour les aider dans l'accomplissement de leurs tâches complexes.

2.6 Conclusion

La gestion de la reprise professionnelle d'un travailleur atteint d'un TMC est une thématique qui évolue rapidement et qui occupe une place de plus en plus importante dans la pratique des médecins traitants de première et de deuxième ligne. Comme il a été présenté, l'évaluation de la capacité à travailler d'un patient avec un TMC génère de multiples dilemmes auprès des médecins traitants. De futures études sont nécessaires afin d'avoir une meilleure compréhension de l'expérience des médecins traitants et de mieux répondre à leurs besoins et ceux de leurs patients.

Chapitre 3 – Deuxième article scientifique

Gestion de l'invalidité au travail en raison d'un trouble mental courant : Le point de vue des médecins de famille et des psychiatres quant à leurs pratiques (soumis pour publication le 25 avril 2023)

Fabienne Boileau-Falardeau M.D. ¹ *, Jean-Robert Turcotte M.D. ¹ et
Marc Corbière Ph. D. ^{2,3}

¹ Faculté de médecine, Université de Montréal

² Département d'éducation et pédagogie - Counseling de carrière, Université du Québec à Montréal (UQAM)

³ Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CR-IUSMM)

* Auteur-ressource : fabienne.boileau-falardeau@umontreal.ca

Auteur contributeur : corbiere.marc@uqam.ca

RÉSUMÉ Introduction Les troubles mentaux sont la principale cause d'invalidité et peuvent présenter une durée d'absence deux fois plus longue, lorsque comparés à d'autres types de maladie. Plusieurs acteurs sont impliqués dans la gestion de l'invalidité dont les médecins de famille (MF) et les psychiatres; deux acteurs du secteur de la santé incontournables lorsqu'il est question de santé mentale et de retour au travail (RAT). **Objectif** Cet article a comme principal objectif de documenter les tâches des MF et psychiatres liées à la gestion d'une invalidité en raison d'un trouble mental courant (TMC) ainsi qu'identifier les facilitateurs et les obstacles qu'ils perçoivent dans ce processus. De plus, il est question de dégager les besoins de formations qui pourront éventuellement aider ces cliniciens dans l'accomplissement de leurs tâches, permettant par le fait même un rétablissement durable du travailleur. **Méthodologie** Il s'agit d'une étude qualitative dont la collecte de données a été faite via des groupes de discussion (*focus groups*) totalisant 3 groupes de MF et 2 groupes de psychiatres (N=28). Tous les enregistrements ont été retranscrits en verbatim et par la suite codifiés. **Résultats et discussion** Les réponses générées par les groupes de discussion ont fait émerger 180 unités thématiques réparties sur 4 grands thèmes, lesquels sont récurrents pour chaque objectif de recherche : 1) évaluer/documenter, 2) prescrire/traiter, 3) communiquer/collaborer/réseauter avec les autres acteurs et 4) arbitrer/défendre. Les unités thématiques montrent l'importance de la collaboration entre les acteurs et d'une communication efficace entre ces derniers. Il ressort également que ces cliniciens aimeraient être mieux formés pour arrimer connaissances et pratiques. **Conclusion** La présente étude a permis de mettre en lumière plusieurs besoins des MF et psychiatres découlant sur des cibles d'actions possibles. Les résultats des groupes de discussion ouvrent la porte à de nombreuses pistes de recherche pour parfaire les connaissances dans ce domaine comme le développement d'outils d'évaluation cliniques visant un RAT pérenne chez les personnes aux prises avec un TMC.

MOTS CLÉS trouble mental courant, retour au travail, médecin de famille, psychiatre, groupe de discussion, rôles, besoins.

Managing workplace disability due to common mental disorder: family physicians and psychiatrists' perspectives on their practices

ABSTRACT Introduction Mental disorders are the leading cause of disability and can result in twice as long an absence from work when compared to other types of disability. Several stakeholders are involved in disability management, including family physicians (FP) and psychiatrists; two essential healthcare providers when it comes to mental health and return to work (RTW). **Purpose** This article aims to document the tasks of FP and psychiatrists related to managing disability due to common mental disorders (CMD), as well as identifying the facilitators and barriers they perceive in this process. In addition, the article discusses identifying training needs that could potentially help these clinicians in performing their tasks, thereby enabling sustainable recovery of the worker. **Methods** This is a qualitative study that collected data through focus groups, including 3 groups of FP and 2 groups of psychiatrists (N=28). All recordings were transcribed verbatim and they were coded. **Results and discussion** The focus group responses resulted in 180 thematic units distributed across 4 main themes, which were recurring for each objective: 1) assess/document, 2) prescribe/treat, 3) communicate/collaborate/network with other actors, and 4) arbitrate/defend. The thematic units demonstrate the importance of collaborative work among stakeholders and effective communication between them. Furthermore, it emerged that these clinicians would like to be better trained to align knowledge and practice. **Conclusions** This study has highlighted several needs of FP and psychiatrists, as well as possible action targets. The results of the focus groups open the door to many research avenues to enhance knowledge in this field, such as the development of clinical assessment tools aimed at achieving sustainable RTW for people with CMD.

KEYWORDS common mental disorder, return to work, family physician, psychiatrist, focus group, roles, needs.

3.1 Introduction

Durant les dernières années, une sensibilité accrue relativement aux impacts financiers et sociaux liés à l'invalidité au travail chez les personnes atteintes d'un trouble mental courant (TMC) a été observée (Dewa et al., 2015), ce qui s'est amplifiée avec la pandémie récente de COVID-19 (Statistique Canada, 2022). Par ailleurs, les troubles mentaux sont actuellement la principale cause d'invalidité (Organisation mondiale de la Santé, 2022) et la durée d'un arrêt de travail (AT) lié à un TMC peut être deux fois plus longue qu'une absence pour un autre type de maladie (Dewa, 2017). D'ailleurs, dans l'étude canadienne de Dewa, Chau et Dermer (2010), les auteurs démontrent la différence significative dans la durée de l'AT en raison d'un TMC. En effet, l'absence moyenne pour toutes maladies confondues était de 34 jours, mais de 67 jours pour un TMC. L'une des solutions pour atténuer les durées des AT est un travail collaboratif entre les divers acteurs impliqués dans le processus de gestion de la reprise professionnelle (Arrelöv et al., 2007; Edlund et Dahlgren, 2002; Gerner et Alexanderson, 2008; Soklaridis et al., 2011; Wynne-Jones et al., 2010). Le travailleur avec un TMC en absence maladie est l'acteur central de son RAT. Cependant, plusieurs autres acteurs provenant de divers secteurs (assurance, entreprise et santé) sont impliqués dans le processus de RAT tels le médecin de famille (MF) et le psychiatre lorsque requis (Corbière et al., 2019).

Concernant le MF, il est un acteur influent pour les autres acteurs impliqués puisque c'est ce premier qui préconise l'AT et suggère un RAT progressif le cas échéant; c'est l'acteur qui officialise les incapacités (Corbière et al., 2019; Lederer et al., 2014; Steinberg, 2011; Young et al., 2005). Le MF a plusieurs tâches d'évaluation telles que : faire les bilans sanguins et examen physique afin d'exclure une condition physique (Hiscock et al., 2001; Wahlström et Alexanderson, 2004; Yanar et al., 2019), établir les diagnostics (Bertilsson et al., 2018; Dewa et al., 2015; Hiscock et al., 2001; Joosen et al., 2017; Söderberg et Alexanderson, 2003; Wahlström et Alexanderson, 2004; Yanar et al., 2019), évaluer les tâches au travail (Bertilsson et al., 2018; Dewa et al., 2015; Furlan et al., 2022; Macdonald et al., 2012) et les facteurs environnementaux pouvant influencer le TMC

(Bertilsson et al., 2018; Hiscock et al., 2001; Macdonald et al., 2012; Soklaridis et al., 2011). Il va aussi jauger si les symptômes ou maladies interfèrent avec le travail (Dewa et al., 2015; Schnitzler et al., 2018; Sylvain et al., 2016; Yanar et al., 2019), évaluer si le travail est thérapeutique ou source de maladie (Bertilsson et al., 2018; Macdonald et al., 2012; Söderberg et Alexanderson, 2003; Sylvain et al., 2016) et statuer sur la pertinence d'un AT (Bertilsson et al., 2018; Söderberg et Alexanderson, 2003; Sylvain et al., 2016). En plus de son rôle d'évaluateur, il offre à son patient les soins appropriés pour l'amélioration de l'état de santé du travailleur. En effet, il va prescrire le traitement pharmacologique du TMC (Soklaridis et al., 2011; Wahlström et Alexanderson, 2004; Yanar et al., 2019), prescrire de la psychothérapie (Bertilsson et al., 2018; Stigmar K et al., 2010; Sylvain et al., 2016) et/ou l'activation comportementale au besoin (Joosen et al., 2017; Stigmar K et al., 2010). De plus, il va faire de la psychoéducation sur les objectifs de l'AT, du traitement et du RAT à son patient (Joosen et al., 2017; Schnitzler et al., 2018; Yanar et al., 2019). Par la suite, c'est le MF qui va prescrire l'AT (Bertilsson et al., 2018; Söderberg et Alexanderson, 2003; Soklaridis et al., 2011; Yanar et al., 2019), remplir les formulaires pertinents (Hiscock et al., 2001; Hussey et al., 2004; Wahlström et Alexanderson, 2004) et justifier, par les restrictions et limitations fonctionnelles, l'invalidité du patient pour que celui-ci bénéficie d'une compensation financière (Hiscock et al., 2001; Soklaridis et al., 2011). C'est aussi cet acteur qui va recommander des aménagements de travail lors d'un RAT (Söderberg et Alexanderson, 2003; Soklaridis et al., 2011). Durant tout le processus, il est aussi de son devoir d'entretenir une alliance thérapeutique avec son patient, d'être à l'écoute de ses besoins et de l'impliquer dans le plan de traitement (Bertilsson et al., 2018; Joosen et al., 2017; Macdonald et al., 2012; Stigmar K et al., 2010). Lorsque nécessaire, le MF va demander les services d'un coordonnateur de RAT (Furlan et al., 2022; Sylvain et al., 2016) et/ou référer le patient à un spécialiste (Hiscock et al., 2001; Wahlström et Alexanderson, 2004), comme un psychiatre par exemple lorsqu'il est question de TMC.

Le psychiatre, quant à ce professionnel de la santé, il a un double rôle, soit celui de soignant des patients plus complexes et celui de support à la première ligne pour les cas moins complexes (Corbière et al., 2019; Schnitzler et al., 2018). Dans le cadre de son expertise, il évalue s'il y a présence d'une pathologie psychiatrique (Bertilsson et al., 2018; Dewa et al., 2015; Joosen et al.,

2017) ainsi que tous les facteurs psychosociaux qui vont influencer le TMC et son traitement (Bertilsson et al., 2018; Dewa et al., 2015). Il a aussi comme rôle d'évaluer les atteintes fonctionnelles, la sévérité des symptômes et comment le patient gère ses symptômes (Dewa et al., 2015; Schnitzler et al., 2018; Sylvain et al., 2016). Son rôle consiste aussi à traiter le TMC (Hiscock et al., 2001; Soklaridis et al., 2011; Wahlström et Alexanderson, 2004), à aider le patient à se fixer des objectifs d'activation comportementale (Bertilsson et al., 2018; Joosen et al., 2017; Schnitzler et al., 2018; Stigmar K et al., 2010), de l'informer de la fonction de l'AT et de travailler son anxiété d'appréhension face au RAT (Joosen et al., 2017; Schnitzler et al., 2018). De façon parallèle, il est invité à collaborer avec les autres acteurs, surtout le MF, pour aider à la gestion de la reprise professionnelle de l'employé avec un TMC (Corbière et al., 2019; Schnitzler et al., 2018; Wahlström et Alexanderson, 2004).

3.2 Objectifs

L'objectif principal de cet article, de nature qualitative, est de mieux comprendre l'implication des MF et psychiatres dans le processus d'AT et de RAT des travailleurs en absence maladie liée à un TMC. Plus particulièrement, cette étude vise trois objectifs : 1) documenter les tâches de ces cliniciens liées à la gestion d'une invalidité en raison d'un TMC, 2) identifier les éléments facilitants et gênants qu'ils perçoivent dans le processus d'AT et de RAT, et 3) de dégager les besoins de formation et outils qui pourront éventuellement les aider dans l'accomplissement de leurs tâches.

3.3 Méthodologie

3.3.1 Devis et collecte de données

Il s'agit d'une étude qualitative dont la stratégie de collecte de données a été faite via des groupes de discussion (*focus group*). Cette méthode vise à rassembler des groupes d'individus homogènes

afin de provoquer des échanges autour de questions précises (Desrosiers et Larivière, 2014). Dans le cadre de cette étude, plusieurs groupes ont été constitués de MF travaillant en première ligne et de psychiatres en deuxième ligne. Tous ces groupes de participants ont eu à gérer des AT liés à un TMC. Les questions relatives aux 3 objectifs étaient formulées ainsi : 1) en tant que MF/psychiatre, quelles sont vos tâches principales liées au processus de l'AT et du RAT ? 2) y a-t-il des éléments qui facilitent ou vous gênent dans l'exécution de ces tâches ? 3) quelles sont vos besoins pour vous aider dans l'accomplissement de vos tâches?

La richesse de la discussion au sein de ces groupes permet de comprendre des comportements complexes, multifactoriels, tout en explorant les motivations des participants (Desrosiers et Larivière, 2014; J. Kitzinger, 1995; Morgan et al., 1998). En ce qui concerne le nombre de groupes, pour des raisons de faisabilité et de données représentatives et comparables (Desrosiers et Larivière, 2014; Jenny Kitzinger et al., 2004; Morgan et al., 1998), nous avons réalisé 5 groupes de discussion. Quatre groupes de discussion auraient été suffisants pour couvrir la problématique avec ces deux types de professionnels de la santé. Cependant, en raison de plusieurs absences à un groupe de discussion de MF, nous avons ajouté un groupe supplémentaire, totalisant 3 groupes de MF et 2 groupes de psychiatres. Au final, on comptait 5 groupes (N= 28) dont leur composition oscillait entre 3 et 8 participants.

Le recrutement des participants s'est fait par la technique *boule de neige*. Pour débiter, plusieurs médecins ont été contactés, lesquels ont par la suite fait parvenir la lettre à d'autres professionnels de leur réseau. En parallèle, une sollicitation indirecte au sein de groupes de médecins sur les réseaux sociaux (*Facebook*) a été aussi effectuée. Tous les médecins participants sont des MF ou psychiatres exerçant au Québec et travaillant avec une clientèle ayant un TMC (non exclusive). Les critères d'inclusion étaient les suivants : 1) avoir complété leur formation médicale et 2) avoir minimalement 2 ans d'expérience avec une clientèle ayant un TMC. Avant le début du groupe de discussion, un bref questionnaire sociodémographique anonyme a été administré via *LimeSurvey* afin de connaître leur sexe, leur âge, le nombre d'années d'expérience et le type de pratique (première ou deuxième ligne).

Comme la réalisation des groupes de discussion ont eu lieu en mode distanciel, le nombre de questions était moindre (voir plus haut) pour éviter la fatigue. Les groupes de discussion se sont déroulés via la plateforme sécurisée de téléconférence *Zoom for healthcare*, co-animés par les trois auteurs de l'article. Le rôle de l'animatrice était de poser les questions ouvertes et précises préalablement choisies. Le rôle des co-animateurs était de stimuler la discussion et de préciser, si nécessaire, certains éléments restant flous. La durée des groupes de discussion variait entre 60 et 90 minutes. Aucune compensation financière n'a été fournie. L'approbation éthique pour cette étude a été obtenue auprès du Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

3.3.2 Analyse des données

Les groupes de discussion ont été enregistrés sous le format audio via un enregistreur numérique intégré à la plateforme *Zoom*. Dans un premier temps, tous les enregistrements ont été retranscrits sous forme de verbatim anonymisé. Il y a eu une lecture des verbatims par les 3 auteurs du manuscrit et ensuite une rencontre pour discuter des codes émergents. À la suite d'un consensus des chercheurs, les codes ont été utilisés pour coder les verbatims des MF et psychiatres séparément, afin d'atteindre un accord interjuges. La codification des verbatims a été effectuée de façon individuelle, dans un premier temps, puis il y a eu comparaison des résultats lors d'une rencontre en présentiel. Pour l'ensemble des codes, il y a eu un accord parfait sauf pour quelques codes (c-à-d. mauvais arrimage du verbatim à un code) pour lesquels les chercheurs ont atteint un accord par la suite. Ces résultats ont été rendus possibles, notamment grâce à la création de nouveaux codes ou encore d'une fusion de codes trop proches sur le plan conceptuel.

3.3.3 Profil des participants – données sociodémographiques

Il y a eu 5 groupes de discussion, 3 de MF et 2 de psychiatres, pour un total de 14 MF et 14 psychiatres. Des 28 participants, 25 ont répondu au sondage sociodémographique. 56% des

participants étaient de sexe féminin (N=14). Pour l'âge, 4% étaient âgés de moins de 30 ans, 48% entre 30 et 45 ans et 48% âgés de plus de 45 ans. La moyenne était de 18 ans d'expérience (entre 3 et 50 ans). Tous confondus, 60% des participants avaient une pratique en établissement hospitalier et 40% en cabinet.

3.4 Résultats

Les réponses générées par les groupes de discussion ont fait émerger 180 unités thématiques réparties sur 4 grands thèmes (tableaux 1 à 3), lesquels sont récurrents pour chaque question de recherche : 1) évaluer/documenter, 2) prescrire/traiter, 3) communiquer/collaborer/réseauter avec les autres acteurs et 4) arbitrer/défendre. Pour chaque groupe de questions, nous présenterons quelques exemples d'unités thématiques et de sous-thèmes nichés dans les 4 grands thèmes. Pour les autres unités, le lecteur pourra se rapporter aux tableaux.

3.4.1 Première question : comme MF/psychiatre, quelles sont vos tâches principales liées au processus de RAT?

Pour cette question, on compte 56 unités thématiques mentionnées par les MF (46) et les psychiatres (34). Les deux thèmes les plus saillants sont : évaluer/documenter et prescrire/traiter.

Évaluer/documenter. Ce thème regroupe tout ce qui est en lien entre autres avec l'évaluation des symptômes psychiatriques et leur sévérité, l'évaluation de la personnalité du patient et, l'évaluation des stressseurs présents.

« Des fois ce n'est pas une simple dépression majeure comme je le pensais. Parfois, il faut connaître les stressseurs au travail versus les stressseurs environnementaux et les stressseurs familiaux pour se faire un portrait vraiment juste de la situation. » (MF A1)

Aussi, les MF et les psychiatres vont décrire les limitations et restrictions au travail en plus d'évaluer le fonctionnement dans le milieu de travail et dans la sphère personnelle du patient. Parallèlement, il y a l'examen de la pertinence d'un AT, de sa durée et de l'impact de cet AT. Il y a la prescription du RAT et l'examen des obstacles au RAT. Finalement, les MF complètent leurs notes médicales détaillées et gèrent les demandes d'accès au dossier médical des assureurs durant toute la période de l'invalidité comme l'exprime ce MF:

« J'y vais avec des choses objectives et suivre ça dans le temps. [...] De suivre des choses avec des exemples concrets, et j'essaye de mettre ça dans mes notes pour les assurances. »
(MF B3)

Prescrire/traiter. Ce thème se subdivise en 4 sous-thèmes tels l'alliance thérapeutique, les traitements psychologiques et pharmacologiques ainsi que les prescriptions d'AT et RAT. Tous renvoient aux éléments de nature médicale et clinique que ces médecins mettent en œuvre au quotidien. Autant les MF que les psychiatres s'entendent sur l'importance de l'alliance thérapeutique, la place de la psychothérapie et l'activation comportementale dans le plan de traitement. Les MF rajoutent l'importance de respecter le rythme de leur patient et de les amener à accepter le traitement proposé. Les MF vont davantage prescrire l'AT initial, tandis que les psychiatres vont plus souvent prendre la relève du MF lorsque l'AT perdure ou devient complexe. A ce propos, un psychiatre nous révèle :

« Quand je les reçois, ça fait déjà 6 mois, un an, un an et demi, 2 ans qu'ils sont en arrêt de travail. Alors dans ce moment-là, il y a un partage des responsabilités avec le médecin [de famille] qui réfère. » (Psychiatre B1)

Pour les deux autres thèmes, **communiquer/collaborer/réseauter avec les autres acteurs** et **arbitrer/défendre**, dans une moindre mesure, sont aussi mentionnés par les MF/psychiatres. Ce

premier thème regroupe l'organisation de rencontres, l'émission de recommandations et la recherche d'informations auprès des autres acteurs, qui s'illustre par :

« En fait, j'invite tout ce qui bouge dans le milieu de travail (syndicat ou autre). De façon remarquable, les intervenants viennent lorsqu'on les invite. On travaille ensemble pour élaborer un plan, faciliter et clarifier. » (Psychiatre A1)

Pour le second thème, les unités thématiques font référence au rôle de négociateur. Les psychiatres mentionnent que leur rôle est celui de défendre les droits de leurs patients tout en n'arbitrant pas les conflits du milieu de travail comme illustré ici:

« C'est important que les médecins puissent comprendre que pour les patients démunis c'est nous qu'ils ont comme référence, c'est nous l'ombudsman des patients. C'est pas les patients qui sont habilités à naviguer seuls dans ce monde-là! » (Psychiatre B5)

Tableau 1

Tâches/rôles des MF et psychiatres

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques	Psy	MF
Évaluer/documenter	Santé physique et mentale de base		
	1. Effectuer un examen physique et demander des bilans sanguins afin d'exclure une condition physique/Faire la gestion des laboratoires		X
	2. Faire une évaluation initiale puis monitorer l'évolution du patient	X	X
	3. Trouver et conserver de la documentation/des ressources pour les patients		X
	Symptômes et diagnostics liés à la santé mentale		
	4. Documenter les impressions diagnostiques et les réévaluer dans le temps, car possible évolution	X	X
	5. Demander au patient s'il a déjà été évalué antérieurement/Réviser le dossier antérieur		X
	6. Évaluer tous les stressors présents, pas juste ceux liés au travail (p. ex. familiaux)		X
	7. Évaluer la sévérité des symptômes/Évaluer les symptômes résiduels/Remplir des échelles pour évaluer les symptômes du patient (p. ex. PHQ9)	X	X
	8. Faire un examen mental objectivant les difficultés du patient	X	
	Personnalité/attentes/besoins		
	9. Évaluer les attentes/besoins du patient		X
	10. Évaluer les problèmes les plus urgents/Hiérarchiser les problèmes du patient		X
	11. Évaluer les possibles gains secondaires ou les enjeux cachés du patient	X	X
	12. Évaluer la personnalité du patient/Évaluer les enjeux passifs-agressifs chez le patient	X	X
	Fonctionnement et tâches au travail		
	13. Évaluer les tâches de l'employé		X
	14. Contextualiser les symptômes du patient en considérant ses tâches au travail		X
	15. Décrire/évaluer les limitations/restrictions fonctionnelles incluant les fonctions cognitives/Évaluer les impacts des symptômes psychiatriques rapportés par le patient en milieu de travail et dans la vie personnelle, avec des exemples concrets	X	X
16. Évaluer si le travail est positif ou si c'est un stressor/Évaluer si le travail nuit au patient ou si c'est une fuite		X	
17. Comprendre le contexte/écosystème dans lequel le patient travaille	X	X	
18. Évaluer le fonctionnement au travail du patient et dans ses activités quotidiennes	X	X	
19. Évaluer les aspects d'orientation professionnelle plutôt que psychiatriques	X	X	

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques	Psy	MF
	<u>AT et son impact</u>		
	20. Évaluer l'impact de l'AT (p. ex. impacts sociaux, financiers)/Évaluer les pour et contre d'un AT/Déterminer si l'AT est plus bénéfique que de garder le patient au travail/Évaluer s'il y a des litiges administratifs à propos de l'AT	X	X
	21. Identifier les alternatives à l'AT	X	X
	22. Faire de la psychoéducation auprès du patient sur les objectifs d'un AT		X
	23. Estimer périodiquement la pertinence de l'AT et sa durée/Réévaluer l'indication d'un AT	X	X
	<u>RAT</u>		
	24. Évaluer la motivation du patient à retourner au travail	X	X
	25. Évaluer les obstacles au RAT	X	X
	26. Évaluer le bon dosage pour amorcer le RAT du patient (p. ex. suggestion pour un retour progressif adéquat selon sévérité)	X	X
	27. Préparer les prochaines rencontres avec le patient/Parler avec le patient de ses éventuelles difficultés		X
	<u>Aspects administratifs</u>		
	28. Consigner des notes détaillées au dossier du patient pour les assurances/Gérer la demande de l'assureur d'avoir accès au dossier du patient		X
Prescrire/traiter			
	<u>Alliance avec le patient</u>		
	29. Conserver une alliance thérapeutique/Être présent et à l'écoute du patient	X	X
	30. Respecter le rythme du patient		X
	31. Amener le patient à accepter le traitement proposé (médication, psychothérapie)/Négocier sans être coercitif		X
	<u>Au niveau psychologique</u>		
	32. Faire de la psychoéducation/Valider le patient durant le processus		X
	33. Informer et orienter les patients vers les ressources ou des sources d'aide disponible/Faire des démarches pour les patients démunis ou vulnérables		X
	34. Prescrire et maintenir un cadre pour l'activation comportementale/Donner des conseils sur le sommeil/Diriger vers l'hôpital de jour	X	X
	35. Prescrire une psychothérapie	X	X
	36. Prévenir plutôt que prescrire l'AT	X	X
	<u>Au niveau pharmacologique</u>		
	37. Prescrire et faire le suivi pharmacologique	X	X
	38. Changer le traitement faute d'amélioration, car invalidant pour le patient	X	

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques	Psy	MF
	AT, RAT ou contexte de travail		
	39. Considérer l'AT comme une prescription	X	
	40. Prescrire l'AT		X
	41. Parler du RAT dès le début de l'AT/Parler du travail pendant l'AT		X
	42. Remplir les formulaires d'AT et faire des rapports aux assurances et employeurs	X	X
	43. Prescrire un RAT et ses modalités (accommodements et interventions dans le milieu du travail)	X	X
	44. Guider le patient et son anxiété d'appréhension liée au RAT	X	X
	45. Faire des simulations avec le patient dans une optique de RAT		X
	46. Prendre la relève du médecin de famille lorsque l'AT dure plus de 6 mois	X	
Communiquer/collaborer/rése au ter avec les autres acteurs tels que : assureur, employeur, patient et médecin traitant	47. Être proactif dans la recherche d'informations auprès des autres acteurs/Organiser des rencontres avec les autres acteurs pour mieux comprendre la situation au travail et les accommodements possibles	X	
	48. Rappeler les autres acteurs lorsqu'un message leur est laissé		X
	49. Faire de la coordination du RAT	X	
	50. Normaliser le processus de RAT et du rétablissement	X	X
	51. Faire des recommandations aux médecins de famille et aux autres acteurs	X	
	52. Mobiliser/orienter l'employeur ou l'assureur pour intégrer des services de réadaptation	X	
	53. Référer le patient aux ressources humaines ou à son employeur		X
Arbitrer/défendre	54. Être ombudsman du patient	X	
	55. Rester médecin traitant et ne pas arbitrer les conflits du milieu du travail	X	
	56. Négocier avec le patient, assureur, employeur ou autre acteur		X

N.B. Lorsqu'il y a un X dans les 2 colonnes cela signifie que le concept est ressorti autant chez les MF que les psychiatres.

3.4.2 Deuxième et troisième questions : Y a-t-il des éléments facilitants/gênants dans l'exécution de ces tâches?

Dans cette section, 92 unités thématiques ont été mises en lumière par les MF (87) et les psychiatres (45). Les grands thèmes émergents, à mesure égale, sont : **évaluer/documenter**, **prescrire/traiter** et **communiquer/collaborer/réseauter**.

Évaluer/documenter. Pour compléter leur analyse de l'état de leur patient, autant les MF et que les psychiatres estiment qu'avoir les rapports étoffés des autres professionnels facilitent leurs tâches. Cependant, autant les MF que les psychiatres se trouvent confrontés au manque de fiabilité des informations rapportées par le patient, ce qui entraîne un manque d'objectivité pour diagnostiquer, faire le suivi de la pathologie et par le fait même évaluer si un patient est prêt à un RAT. Un MF partage :

« La difficulté, comme tout en psychiatrie, il n'y a pas de tests psychométriques objectifs, tout est du domaine du subjectif. Ça fait aussi sa beauté, mais ça fait sa difficulté également. » (MF A2)

Les psychiatres expriment qu'objectiver la condition de leur patient avec de l'information collatérale les aide dans leur évaluation. Les MF spécifient qu'évaluer un patient déjà connu et d'objectiver l'évolution avec des échelles sont aussi aidants. Par exemple:

« Moi je les connais déjà [mes patients], alors ça va beaucoup plus vite pour la suite [de l'AT]. » (MF C4)

Parallèlement, il y a également une difficulté chez les MF/psychiatres à distinguer ce qui relève d'une pathologie psychiatrique de ce qui revient d'un milieu de travail dysfonctionnel. Il y a une crainte de leur part de médicaliser une problématique non médicale. Un psychiatre nous confie:

« Une collègue a mentionné qu'il peut aussi y avoir des institutions perverses [...] Donc on a à évaluer la pathologie individuelle et garder en toile de fond la pathologie institutionnelle. » (Psychiatre A4)

Relativement au fonctionnement au travail, les MF trouvent complexe de statuer sur les limitations/restrictions au travail, surtout lorsqu'ils n'ont pas de définition claire des tâches de leur patient. Ils nomment également comme source d'irritation d'être forcés d'écrire un diagnostic du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) qui ne concorde pas toujours à certains de leurs patients :

« Si ce n'est pas dans le DSM 5, bien là les assureurs, il n'y a pas de cas qui « fit » pour ça, alors ils ne vont pas le payer. Donc nous en première ligne, on doit se forcer à écrire trouble d'adaptation même si on sait que ce n'est pas vraiment ça. » (MF A2)

Prescrire/traiter. Pour le sous-thème de l'alliance avec le patient, les MF/psychiatres s'entendent que ce sont des facteurs facilitants au même titre que la prévention des rechutes. Les MF complètent qu'avoir accès à des ressources de l'employeur ou de l'assureur (p. ex. un coordonnateur de RAT ou CORAT) ou une liste d'aménagements possibles au travail favorisent le traitement et l'évolution du patient.

Les MF/psychiatres expriment plusieurs irritants comme lorsqu'il y a présence de difficultés relationnelles ou lorsque le patient perçoit de l'harcèlement de la part des compagnies d'assurance. Les MF expriment, comme autres irritants, la présence de délais avant le début de la psychothérapie :

« Car avant de voir une première fois un intervenant en santé mentale [...] il y a des délais. Parfois ça peut prendre 2 mois avant d'avoir un premier rendez-vous. » (MF A3)

Relativement à l'AT, le RAT ou au contexte de travail, les MF/psychiatres nomment qu'il est ardu de gérer une reprise lorsque l'environnement de travail est l'agent causal du TMC. Les MF ajoutent que la rédaction de formulaires d'invalidité longs et complexes, de prescrire un RAT sans avoir une liste d'accommodements possibles au travail et d'observer une chronicisation des symptômes psychiatriques lorsque l'AT perdure trop longtemps en raison des ressources limitées demeurent des irritants forts.

« En fait la chose principale et irritante pour les médecins de famille, c'est la gestion des formulaires. [...] ça *gobe* beaucoup de temps et parfois les questions ne sont tellement pas en lien avec l'AT ou la raison de l'AT, que là on ne sait pas trop sur quoi répondre. » (MF C1)

Communiquer/collaborer/réseauter. Les MF et psychiatres s'entendent sur l'impact positif d'une concertation des acteurs ainsi qu'un réseau de communication bien établi permettant un travail d'équipe et des objectifs communs de rétablissement. C'est notamment le cas lorsqu'il y a déjà un travail d'équipe dans le processus d'AT et quand il y a un intervenant pivot au dossier (p. ex. CORAT).

Les MF expriment qu'accompagner des patients motivés et proactifs dans leur rétablissement, qu'avoir un plan de RAT élaboré par un ergothérapeute et accepté de tous les acteurs sont des éléments positifs et facilitants. Les MF apprécient avoir le soutien d'un psychiatre, surtout lorsqu'ils ont des incertitudes.

À la fois, plusieurs éléments gênants ont été exprimés par les MF et les psychiatres dont le sentiment de solitude, les canaux déficitaires de communication et le manque de cohésion entre les acteurs. Cela se traduit dans ce verbatim :

« Moi ce que j'entends aujourd'hui c'est une espèce de méconnaissance, on est des solitudes. Des solitudes où d'un côté il y a des docteurs et de l'autre le monde du travail. Et puis finalement, il n'y a pas de points de jonction. » (Psychiatre A1)

Pour le dernier thème **arbitrer/défendre**, les MF et psychiatres s'accordent pour dire qu'il y a une confusion des rôles de médecin et avocat du patient :

« Souvent, je suis dans une position où je suis l'avocat du patient [face aux assureurs]. C'est une position à laquelle je ne suis pas habituée et avec laquelle je ne suis pas confortable. »
(Psychiatre A6)

Tableau 2

Facteurs gênants et facilitants l'exécution des tâches

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques		Facteurs gênants		Facteurs facilitants		
			PSY	MF	PSY	MF	
Évaluer/documenter	<u>Santé physique et mentale de base</u>						
					1. Avoir recours à un accompagnateur ou une personne de l'entourage du patient pour obtenir de l'information collatérale	X	
	1.	Manquer de fiabilité dans les informations relatées par le patient/Manque d'informations collatérales	X	X	2. Avoir les rapports étoffés des experts ou des autres professionnels (p. ex : psychologue, psychiatre) et en discuter avec le patient	X	X
	2.	Manquer d'objectivité pour diagnostiquer et faire le suivi de la pathologie/Difficulté d'évaluer la capacité à travailler ou à retourner au travail/Sentiment de faire des évaluations à l'aveugle	X	X	3. Objectiver l'état du patient avec des échelles (p. ex. PHQ9), plus facile d'objectiver en chiffre et possibilité de montrer au patient sa progression		X
	3.	Évaluer un patient qu'on ne connaît pas (p. ex. au sans rendez-vous) ou un patient d'un collègue		X	4. Évaluer un patient déjà connu/Quand le médecin traitant connaît bien le patient		X
	4.	Naviguer à travers une évolution constante de la science médicale qui rend l'évaluation complexe	X		5. Avoir une gestion de la reprise professionnelle par le même médecin (pas de multiples prescripteurs)	X	X
	5.	Avoir de la difficulté à établir le bon diagnostic, de ne pas étiqueter le patient		X			
	6.	Évaluer la présence de comorbidités (p. ex. fibromyalgie, trouble de personnalité)		X			
					6. Créer des outils-maison	X	X

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques			
	Facteurs gênants	PSY	MF	Facteurs facilitateurs
	<u>Personnalité/attentes/besoins</u>			
	7. Évaluer un patient quand ce dernier se campe dans sa position de malade pour être cru/Sentiment d'injustice ressenti de la part du patient/Quand le patient doit démontrer qu'il est malade	X	X	
	8. Avoir de la difficulté à connaître les attentes précises du patient		X	
	9. Remarquer la présence de gains secondaires chez le patient	X	X	
	10. Avoir de la difficulté à évaluer l'option qui est le plus bénéfique pour le patient : AT ou autre?		X	
	11. Gérer la présence d'idées préconçues chez les patients relativement à l'AT, le RAT ou à un acteur du RAT		X	
	<u>Fonctionnement et tâches au travail</u>			
	12. Avoir de la difficulté à évaluer les limitations/restrictions au travail du patient/Difficulté à faire le lien entre les limitations/restrictions au travail et l'emploi du patient		X	
	13. Être confronté à une incapacité du patient de donner la définition de ses tâches/Manque d'information pour bien comprendre le travail du patient/Avoir une vision tronquée de la situation professionnelle du patient		X	
	14. Avoir de la difficulté à distinguer la pathologie individuelle du patient de la pathologie institutionnelle du milieu de travail	X	X	

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques					
	Facteurs gênants		PSY	MF	Facteurs facilitants	
					PSY	MF
	<u>AT et son impact</u>					
	15. Évaluer un contexte professionnel quand c'est l'employeur qui est identifié comme le responsable de l'AT	X				
	<u>RAT</u>					
	16. Recevoir une demande d'estimation d'une date de RAT qui est inconnue du médecin traitant		X			
	17. Avoir des difficultés à évaluer les réels besoins du patient concernant son RAT (p. ex. besoin de reconnaissance, difficultés financières)	X	X			
	18. Avoir des difficultés à évaluer la sécurité d'un RAT chez certains patients (p. ex. électricien, chauffeur autobus) et le manque d'outils clairs et universels pour en faire l'évaluation	X	X			
	19. Accompagner un patient qui présente de l'anxiété, des appréhensions face au RAT	X	X			
	<u>Aspects administratifs</u>					
	20. Manquer de temps pour faire une évaluation complète	X	X	7. Avoir un horaire flexible/Faire des suivis régulièrement et fréquemment/Donner des rendez-vous rapprochés pour évaluer la situation, attendre au prochain rendez-vous avant de prescrire un AT		
	21. Ne pas savoir à quelle fréquence il est recommandé de revoir son patient		X			X
	22. Être forcé à écrire un diagnostic du DSM5 qui n'est pas toujours applicable à certains patients/Assurances sont beaucoup dans le DSM 4 pour la classification de la pathologie		X			
	23. Évaluer un patient par télémedecine qui ne permet pas un examen complet		X			

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques							
	Facteurs gênants		PSY	MF	Facteurs facilitants		PSY	MF
Prescrire/traiter	24. Avoir un manque du support clérical/Beaucoup trop de travail administratif dans le cadre de la gestion de la reprise professionnelle		X	X	8. Connaître tous les enjeux administratifs significatifs		X	X
	<u>Alliance avec le patient</u>							
	25. Avoir à gérer un transfert et contre-transfert, une relation thérapeutique difficile ou une personnalité difficile chez certains patients		X	X	9. Développer une alliance thérapeutique avec le patient		X	X
	26. Être confronté à un refus du patient de faire face à la réalité (posture de l'autruche)/Travailler avec une pauvre acceptation du patient à reconnaître son trouble mental		X	X	10. Accompagner des patients qui sont proactifs, qui ont des connaissances en santé mentale ou une expérience ou qui ont déjà amorcé un suivi psychologique/Accompagner un patient qui a un sentiment de satisfaction/réussite face aux étapes de son rétablissement			X
	27. Traiter un patient peu engagé face au traitement, non engagé dans le rétablissement, non-observance au traitement		X	X				
	28. Craindre de faire des certificats de complaisance		X					
	29. Avoir des délais avant que le patient se sente à l'aise d'essayer une médication et/ou de la psychothérapie							
	<u>Au niveau psychologique</u>							
	30. Gérer un cas où il y a l'existence de difficultés relationnelles chez le patient avec le collectif de travail ou avec des personnes hors du milieu de travail		X	X				
	31. Suivre un patient qui est stigmatisé par ses proches/sa famille en raison de sa santé mentale, ce qui occasionne un manque de soutien							

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques							
	Facteurs gênants		PSY	MF	Facteurs facilitants		PSY	MF
	32. Traiter un patient qui perçoit du harcèlement provenant des compagnies d'assurance, créant une désorganisation chez ce premier/Crainte du patient que ses prestations d'assurance invalidité soient interrompues	X	X					
	33. Traiter avec des ressources limitées en termes d'intervenants (p. ex. ergothérapeute)/Difficulté de travailler isolément dans une petite clinique ou en milieu rural	X	X	11. Avoir accès au programme d'aide des employés (PAE) ou autres ressources de l'employeur ou de l'assureur (p. ex. psychologue, ergothérapeute, CORAT) destinés au patient			X	
	34. Avoir de longs délais avant que le patient ait accès à la psychothérapie au système privé et public (GASMA), ce qui retarde le traitement/délai exacerbé par la pandémie		X					
	35. Avoir des frais élevés associés à la psychothérapie au privé		X					
	36. Avoir un manque de connaissances quant à toutes les ressources qui existent en santé mentale		X					
				12. Avoir accès à une thérapie de groupe axée sur le RAT qui a un effet normalisant pour les participants			X	
				13. Considérer le travail comme un outil thérapeutique, quand le travail est valorisant			X	X
	<u>Au niveau pharmacologique</u>							
	37. Gérer la stigmatisation face à la prise d'antidépresseurs des patients		X					
	38. Attendre de longs délais avant d'observer un effet bénéfique du traitement pharmacologique sur le patient		X					

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques					
	Facteurs gênants		PSY	MF	Facteurs facilitants	
					PSY	MF
	39. Gérer le traitement pharmacologique (p. ex. gestion des effets secondaires)		X			
	40. Devoir travailler avec certaines compagnies d'assurance qui exigent un traitement pharmacologique AT, RAT ou contexte de travail			X		
	41. Gérer une reprise professionnelle lorsque l'environnement de travail est l'agent causal du TMC (p. ex. surcharge de travail) ou qu'il existe une insatisfaction vis-à-vis du travail/Traiter un patient dont les éléments qui ont provoqué l'AT sont toujours présents dans le milieu et n'ont pas été traités	X	X			
	42. Traiter un patient qui a vécu un trauma dans son milieu de travail	X	X			
	43. Rédiger des formulaires d'invalidité qui sont longs et complexes/Formulaires avec des questions floues ou sans lien avec l'AT ou la raison de l'AT/Formulaires qui diffèrent selon les assureurs et employeurs, ce qui demande du temps supplémentaire pour les comprendre		X	14. Avoir un dossier médical électronique avec numérisation de tous les formulaires d'assurance		X
	44. Avoir des délais restreints pour remplir les formulaires ou au contraire des formulaires qui arrivent tardivement		X			
	45. Prescrire un RAT sans graduation progressive qui considère les restrictions liées au travail		X	15. Faire la prévention des rechutes en ayant la possibilité de faire un retour progressif	X	X
				16. Avoir une liste d'aménagements possibles par l'employeur/ Avoir des aménagements de RAT encadrés par la CNESST qui favorisent un RAT durable		X

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques							
	Facteurs gênants		PSY	MF	Facteurs facilitants		PSY	MF
	46. Travailler avec un patient qui ne connaît pas ses droits en termes de RAT			X				
	47. Observer une chronicisation des symptômes lors de longs AT/AT qui n'est plus thérapeutique peut nuire au patient			X		17. Parler de RAT avec le patient précocement lors d'un AT 18. Avoir une évolution favorable dans la majorité des AT	X	X
Communiquer/collaborer/ Réseauter avec les autres acteurs tels que : assureur, employeur, médecin traitant	48. Avoir de la difficulté à rester objectif et empathique face à son patient			X		19. Travailler en équipe précocement avec d'autres professionnels (p. ex. ergothérapeute, infirmier) dans le processus de RAT qui ont plus de temps avec les patients	X	X
	49. Ressentir une solitude liée au fait de porter seul le fardeau du RAT	X	X			20. Avoir accès à un psychiatre ou à une ligne d'accès téléphonique/Suivi conjoint avec un psychiatre/Plus grande crédibilité de l'opinion du psychiatre par le patient		X
	50. Avoir une méconnaissance des rôles des divers acteurs	X	X					
	51. Avoir conscience d'une pauvre convergence et cohésion entre les acteurs	X	X			21. Assurer la présence d'une concertation des acteurs sur la conduite à tenir dans le RAT/Faire des rencontres réseau avec tous les acteurs/Avoir des objectifs communs et clairs de réadaptation au travail	X	X
	52. Gérer une reprise professionnelle quand un autre acteur (p. ex. psychologue) a déjà statué sur le diagnostic et le plan de traitement et le patient en est convaincu				X			

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques						
	Facteurs gênants		PSY	MF	Facteurs facilitateurs		PSY
	53. Avoir des connaissances insuffisantes du milieu de travail et des tâches du patient/Manque d'interlocuteur avec le milieu de travail pour mieux connaître le boulot du patient	X	X		22. Avoir accès à un <i>Case manager</i> /intervenant pivot (p. ex. CORAT)	X	X
	54. Avoir des canaux de communication déficitaire entre les acteurs/Communication principalement via les formulaires.	X	X		23. Avoir un réseau de communication établi entre les acteurs qui soit flexible, clair et franc/Accès à un interlocuteur de l'assureur, l'employeur ou du syndicat qui est aidant et sympathique	X	X
	55. Respecter le secret professionnel qui limite les communications entre les acteurs			X			
	56. Subir un refus d'accommoder le patient dans son RAT/refus du retour progressif ou refus d'indemnité de la part des compagnies d'assurance	X	X		24. Avoir un plan de RAT élaboré par l'ergothérapeute et accepté par tous les acteurs		X
	57. Remarquer la formation lacunaire/pauvre connaissance médicale chez certains agents d'assurance	X	X				
	58. Travailler avec des politiques organisationnelles perçues comme rigides de certains employeurs, assureurs ou représentants syndicaux	X	X				
	59. Remarquer des préjugés chez l'employeur par rapport au problème de santé mentale/insistance de l'employeur pour un RAT précoce			X	25. Collaborer avec un employeur qui connaît la santé mentale et la réalité du RAT/Employeurs compréhensifs de la situation, qui ne mettent pas de pression, empathiques	X	X
	60. Faire des appels au bureau de santé de l'employeur afin de justifier un RAT progressif			X	26. Connaître les politiques de RAT des employeurs		X

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques					
	Facteurs gênants	PSY	MF	Facteurs facilitants	PSY	MF
Arbitrer/défendre	61. Recevoir la demande du patient d'être son avocat/Confusion des rôles médecin-avocat/Sentiment d'avoir à prendre position ou jouer le rôle d'arbitre	X	X			
	62. Avoir un sentiment d'irritation face aux expertises et contre-expertises/Confirmation ou la contestation de l'avis du médecin traitant par l'employeur	X	X			
	63. Avoir des contraintes médico-légales					X
	64. Pratiquer au sein d'une société qui stigmatise les troubles mentaux					X
	65. Observer une grande variabilité dans les pratiques relativement à la gestion de la reprise professionnelle			X	27. Être formé sur la gestion des AT pour parfaire ses compétences/Avoir de la formation sur la santé mentale	

N.B. Lorsqu'il y a un X dans les 2 colonnes cela signifie que le concept est ressorti autant chez les MF que les psychiatres.

3.4.3 Quatrième grande question : quels seraient vos besoins de formation pour vous aider dans l'accomplissement de ces tâches (liées à l'AT et au RAT)?

Dans cette section, on compte 32 unités thématiques nommées par les MF et psychiatres. Le thème le plus souvent abordé est **prescrire/traiter** et dans une moindre mesure les trois autres.

Prescrire/traiter. Les MF et psychiatres souhaitent être formés sur les indications et balises d'un AT. Les MF manifestent le besoin de travailler avec des employeurs ou assureurs qui fournissent des ressources favorisant la réadaptation au travail de leur patient. Les psychiatres quant à eux souhaitent avoir accès à de la thérapie de groupe axée sur le RAT.

Évaluer/documenter. Les MF et psychiatres expriment le besoin d'avoir des outils permettant une appréciation plus objective de la symptomatologie du patient et de son milieu de travail. Ils souhaitent aussi une formation sur l'évaluation des limitations et restrictions au travail.

« C'est comme si on est dans un sous-marin et on a juste *une bébelle* qui regarde en haut avec un petit œil, alors que ceux qui sont dans un vrai kayak, ils voient tout! Mais, nous dans le bureau, on est dans le sous-marin! Moi je me sens de même! » (MF C2)

Les MF manifestent le besoin d'avoir un formulaire d'assurance simplifié, unique et intégré au dossier médical électronique.

Communiquer/collaborer/réseauter. Plusieurs besoins ont été nommés par les MF et psychiatres incluant de travailler en équipe et de connaître les rôles des différents acteurs. Les MF ont identifié d'autres besoins comme de travailler avec des organisations qui sont sensibles aux problématiques de santé mentale et proactifs dans l'intervention des causes qui ont précipité l'AT.

Arbitrer/défendre. Les MF et psychiatres expriment le besoin d'être mieux formés sur la réadaptation au travail.

« Il y aurait des offensives à faire au niveau des cursus académiques et au niveau de la formation médicale continue pour essayer de développer davantage [la gestion de la reprise professionnelle]. » (Psychiatre A4)

Tableau 3

Modalités de formation et besoins

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques	Psy	MF
Évaluer/documenter	Santé physique et mentale de base		
	1. Savoir comment coter une échelle d'évaluation globale de fonctionnement		X
	2. Avoir un guide pratique sur les interventions médicales efficaces, les outils et les évaluations permettant une appréciation plus objective du patient et du milieu de travail/Savoir comment les ergothérapeutes évaluent le fonctionnement d'un patient et quels outils ils utilisent	X	X
	3. Comprendre la distinction entre les diagnostics du DSM5, le burnout et le surmenage		X
	4. Connaître les causes biopsychosociales de l'invalidité	X	
	Fonctionnement et tâches au travail		
	5. Avoir de l'employeur une description des tâches du patient		X
6. Savoir comment évaluer les limitations et restrictions fonctionnelles	X	X	
Prescrire/traiter	Aspects administratifs		
	7. Avoir un formulaire unique, bref et dynamique intégré au dossier médical électronique		X
Prescrire/traiter	Alliance avec le patient		
	8. Savoir comment gérer des patients difficiles	X	X
	Au niveau psychologique :		
	9. Avoir des documents pour la psychoéducation des patients (p. ex. livre)		X
	10. Recevoir de la formation sur les approches/interventions cognitivo-comportementales qui peuvent être faites par le médecin traitant/Avoir de la formation en psychothérapie « evidence-based practices » [pratiques fondées sur les preuves]		X
	11. Avoir accès à de la thérapie de groupe pour le RAT du patient	X	
	12. Travailler avec un employeur qui fournit des ressources dont des psychologues et ergothérapeutes		X
	Au niveau pharmacologique :		
	13. Recevoir de la formation sur la gestion pharmacologique		X
	AT, RAT ou contexte de travail :		
	14. Connaître les indications d'un AT et ses balises/Connaître l'évolution attendu d'un AT, savoir ce qui est anormal	X	X
	15. Savoir comment prescrire/remplir les formulaires d'assurance	X	X
	16. Connaître les accommodements envisageables dans les milieux de travail pour les patients avec un TMC	X	X

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques	Psy	MF
	17. Recevoir de la formation sur la gestion du RAT/Savoir comment établir le bon moment pour un RAT		X
	18. Avoir une gradation des exigences liées à l'emploi afin de prescrire un RAT progressif adapté (p. ex. différents paliers de RAT progressif)		X
	19. Avoir accès à un ergothérapeute qui se rend dans les milieux de travail, qui va évaluer les tâches habituelles du patient et proposer un plan de RAT qui tient compte de ses capacités		X
	20. Avoir accès à un intervenant pivot comme un CORAT (même dans le système public)	X	X
	21. Avoir de la formation sur toutes les étapes du processus de RAT		X
Communiquer/collaborer/réseau ter avec les autres acteurs tels que : assurance, employeur, patient et médecin traitant	22. Connaître les rôles des différents acteurs, incluant ceux du médecin traitant	X	X
	23. Avoir des moyens pour briser la solitude et travailler en équipe/Avoir des canaux pour améliorer la communication entre les acteurs/Réseauter davantage avec les autres acteurs	X	X
	24. Intégrer la formation sur la réadaptation au travail dans les cursus médicaux	X	X
	25. Avoir accès à un avis psychiatrique/suivi psychiatrique bref/Que le patient puisse être vu autre moins une fois par un psychiatre au besoin		X
	26. Avoir des milieux de travail sensibles aux problématiques relatives à la santé mentale/Travailler avec un employeur proactif qui écarte du milieu de travail ce qui a précipité/déclenché les AT		X
	27. Avoir accès à un superviseur clinique pour les cas difficiles de gestion de reprise la professionnelle/Avoir accès à du soutien psychologique pour soi comme médecin traitant		X
	28. Faire une transition avec un travailleur social ou un intervenant de la compagnie d'assurance après que le RAT ait été complété par le médecin traitant afin d'assurer une prévention des rechutes		X
Arbitrer/défendre	29. Accompagner un patient à démissionner de son travail, lorsque nécessaire	X	
	30. Comprendre le contexte des assureurs publics (CNESST, IVAC, SAAQ) et privés/Comment mieux représenter le patient	X	X
	31. Avoir des outils/canaux de communication pour mieux connaître l'environnement de travail	X	X
	32. Avoir de la formation sur les <i>normes du travail</i> , sur le médicolégal, sur la santé et sécurité au travail ainsi que sur le volet syndical/convention collective	X	X

N.B. Lorsqu'il y a un X dans les 2 colonnes cela signifie que le concept est ressorti autant chez les MF que les psychiatres.

3.5 Discussion

L'objectif de cette étude de nature qualitative était triple : 1) comprendre le point de vue des MF et psychiatres relativement à la gestion de la reprise professionnelle de leurs patients aux prises avec un TMC, 2) documenter les facteurs facilitants et gênants dans l'accomplissement de leurs pratiques et 3) explorer ce qui pourrait être mis en place (formation) pour les aider à intervenir dans la gestion d'une invalidité.

3.5.1 Évaluer/documenter

Les résultats de cette étude corroborent l'organisation des soins au Québec. Les MF, qui œuvrent en première ligne, prescrivent les AT et réfèrent à un médecin spécialiste au besoin. Les psychiatres peuvent également prescrire des AT, mais vont surtout être impliqués en deuxième ligne dans les cas plus complexes. Les psychiatres à l'étude précisent qu'ils vont prendre la relève du MF lorsque l'AT dure plus de 6 mois, mais il n'y a pas d'organisation claire des soins à ce sujet. C'est d'ailleurs un facteur irritant chez les MF qui souhaitent un accès plus rapide et plus de support de la part des psychiatres et des soins spécialisés (p. ex. : CORAT) afin de prendre des décisions plus ajustées au portrait clinique de leurs patients. Ils expliquent que ces manquements augmentent les durées des AT.

Les MF et les psychiatres témoignent de la complexité de leurs tâches relatives aux AT liées à un TMC. En outre, ces professionnels de la santé doivent bien comprendre la symptomatologie du patient, l'impact des symptômes sur le travail tout en saisissant l'écosystème dans lequel le patient œuvre. Ils doivent enfin évaluer l'indication d'un AT ou RAT, faire les prescriptions qui y sont inhérentes, tout en conservant une alliance thérapeutique avec le patient. D'ailleurs, Dewa et al. (2015) ajoutent que les MF et psychiatres ont un malaise à fournir certaines informations au

dossier (p. ex. : présence d'un trouble de personnalité ou trouble lié à l'usage de substance), qui peuvent étiqueter négativement leur patient.

Pour pallier ces difficultés, les MF et psychiatres souhaitent que des outils objectifs soient développés pour mieux évaluer les symptômes psychologiques et leurs impacts chez leurs patients. Ils expriment également le besoin d'avoir des informations sur le milieu de travail et sur l'activité professionnelle du patient. Actuellement, ils ne comptent que sur les informations rapportées par leur patient. D'ailleurs, Stuesson et al. (2013) suggèrent dans leur étude que des professionnels tels que des coordonnateurs de retour au travail (CORAT) puissent analyser les conditions de travail du patient et colliger toutes les informations en lien avec leur travail. Cette proposition pourrait sans conteste aider les MF et psychiatres non seulement dans la prescription d'un AT ou d'un RAT, mais aussi dans la rédaction du formulaire d'invalidité exigée par les compagnies d'assurance.

Un autre besoin nommé par les MF et psychiatres est celui d'avoir une liste d'accommodements possibles en milieu de travail. La littérature scientifique fait référence à plusieurs articles abordant les accommodements de travail pour les patients avec un TMC (Bolo et al., 2013; Negrini et al., 2018). Les accommodements de travail pourraient devenir un thème de formation pour ces professionnels de la santé, sachant notamment que Bolo et al. (2013) stipulent que la mise en place d'accommodements au travail est associée à une diminution du risque d'avoir un TMC un an plus tard. Dans leur étude, Gignac et al. (2022) présentent un outil intitulé *Outil de planification d'accommodements pour répondre aux exigences liées au travail (OPA-ET)*, qui identifie les aspects physiques, cognitifs, interpersonnels d'une personne avec un trouble physique ou mental et les conditions de son travail qui peuvent devenir une cible de soutien et d'accommodements en milieu de travail.

3.5.2 Prescrire/traiter

Les MF et psychiatres perçoivent comme facteurs gênants un manque de temps pour échanger avec les autres acteurs, sans compter le manque de ressources qu'ils déplorent. Comme besoins et pistes de solution, les MF et psychiatres expriment le souhait d'avoir accès à un professionnel de la santé et du travail (p. ex. CORAT), recommandant un plan de RAT personnalisé qui tient compte du milieu du travail et de l'état de santé du patient. A ce titre, plusieurs auteurs spécifient le rôle du CORAT comme l'acteur pivot pour, entre autres, identifier les barrières du RAT (Corbière, Mazaniello-Chézol, et al., 2022; Dol et al., 2021). En effet les participants de notre étude expriment qu'ils doivent tenir compte des obstacles au RAT dans leur évaluation, mais que ceci est particulièrement complexe puisqu'ils ont peu de communication directe avec les acteurs de l'environnement de travail (p. ex. : employeur, ressources humaines).

Dans nos groupes de discussion, plusieurs MF et psychiatres souhaitent avoir les ressources pour mieux traiter leurs patients avec un TMC, notamment sur le plan psychologique. Les MF souhaitent une plus grande implication des assureurs et employeurs afin qu'ils fournissent à leurs patients des services en psychologie et en ergothérapie. Les psychiatres quant à eux nomment l'usage de la thérapie de groupe axée sur le RAT pour leurs patients car elle offre un effet normalisant. D'ailleurs, la littérature démontre les impacts positifs de la thérapie de groupe sur le RAT durable, permettant du coup une réduction des symptômes cliniques et un meilleur fonctionnement au travail (Corbière, Lachance, et al., 2022).

3.5.3 Communiquer/collaborer/réseauter avec les autres acteurs

Dans les groupes de discussion, les MF et psychiatres s'entendent sur le fait que travailler en équipe dans le processus d'AT est essentiel. Dans le contexte actuel, les cliniciens déplorent le manque de communication et de cohésion de leur intervention avec les autres acteurs. Selon leurs propos, les échanges et la communication interacteurs s'effectuent principalement à travers

les formulaires d'assurance, alors que Soklaridis et al. (2011) précisent que ce mode de communication reste unidirectionnel, ne permettant pas de connaître le contexte du travail de façon plus nuancée.

Dans la même veine, les participants aux groupes de discussion expriment qu'ils n'ont pas la perception de jouer un rôle important dans le processus de RAT, qu'ils se sentent seuls, voire isolés. Ils désirent que les canaux de communication entre les acteurs du RAT soient améliorés. Ils veulent également connaître et être mieux formés sur les rôles des différents acteurs dans le processus de RAT afin de savoir à qui se référer au besoin. Dans la littérature, des pistes de solution sont présentes telle l'application PRATICA^{dr}, une plateforme web qui permet de suivre en temps réel le parcours des acteurs impliqués dans l'accompagnement personnalisé de l'employé dans son RAT (Corbière et al., 2021). La composition de cette plateforme s'est d'ailleurs appuyée sur un examen de la portée (*scoping review*) qui précise les rôles et actions des différents acteurs impliqués dans le processus de RAT (p. ex : travailleur en AT, CORAT, MF, assureur, employeur, syndicat) (Corbière et al., 2019). Ces derniers éléments encore méconnus des cliniciens gagneraient certainement à devenir un module de formation.

3.5.4 Arbitrer/défendre

Les MF et psychiatres ont le sentiment d'avoir à défendre leur patient face à un système d'indemnisation complexe, avec lequel ils ont eux-mêmes de la difficulté à saisir les tenants et aboutissants. Cet inconfort vient, entre autres, d'un manque de connaissances du système d'assurance et de l'instauration de règles souvent perçues comme rigides, pouvant être défavorables à l'égard du patient. Le souhait d'être mieux formés, dès le début des études médicales, sur la médecine du travail et de l'invalidité, est exprimé dans tous les groupes de discussion. Plusieurs auteurs stipulent qu'améliorer les connaissances sur ces sujets va permettre à ces professionnels de la santé de développer leur compétence et leur confiance face à la gestion de la reprise professionnelle des patients avec un TMC (Soklaridis et al., 2011; Stureson et al., 2013; Wynne-Jones et al., 2010). D'ailleurs, Letrilliart et Barrau (2012) précisent que la présence

de lignes directrices pour les AT et RAT, sans formation au préalable, demeure inefficace; d'où l'importance d'arrimer connaissances et pratiques en offrant de la formation aux étudiants en médecine et aux médecins en pratique.

3.6 Forces et limites

Cette étude comprend plusieurs forces et limites qui méritent d'être soulignées. Tout d'abord, la participation des MF et psychiatres est souvent ardue. De plus, la littérature est lacunaire lorsqu'il s'agit d'évaluer la perception des psychiatres au regard de la gestion de l'invalidité au travail. Grâce à cette étude, nous avons pu recueillir des informations précises auprès de nombreux participants MF et psychiatres, deux acteurs incontournables de l'AT et du RAT. Les limites sont relatives au caractère qualitatif de l'étude qui est davantage descriptif et exploratoire; l'expérience des participants de notre étude n'est pas nécessairement représentative de celle de ces cliniciens œuvrant dans d'autres contextes culturels. Bien que l'étude se soit déroulée en contexte québécois, les données recueillies font écho à la littérature scientifique actuelle. Finalement, il aurait été intéressant de faire dialoguer les MF avec les psychiatres pour confronter leurs idées, cela pourrait être une seconde étape dans ce créneau de recherche.

3.7 Conclusion

Jusqu'à maintenant, peu d'études canadiennes ont examiné la perception des MF et psychiatres quant à leurs rôles et leurs besoins dans le processus d'AT et de RAT de patients aux prises avec un TMC. La présente étude a permis de mettre en lumière plusieurs besoins des MF et psychiatres ainsi que des cibles d'actions possibles pour réaliser leur travail telles que l'amélioration des modes de communication entre les acteurs, la possibilité de travailler en équipe de façon interdisciplinaire et intersectorielle, le besoin d'être mieux formés à la médecine du travail. Notre étude ouvre également la porte à de nombreuses pistes de recherche pour parfaire les connaissances dans ce domaine comme le développement d'outils d'évaluation cliniques, tout en

considérant les conditions de l'environnement de travail de leurs patients, afin de prétendre à un RAT pérenne chez les personnes aux prises avec un TMC.

Déclaration des conflits d'intérêts : Aucun

Chapitre 4 - Conclusion

Les MF et les psychiatres sont des professionnels de la santé incontournables lorsqu'il est question de gestion d'une invalidité au travail pour un patient atteint d'un TMC. Cependant, dans le cadre de leurs fonctions, ils rencontrent de multiples dilemmes et difficultés qui ont été abordés dans les deux articles de ce mémoire. En effet, il y a, entre autres, le manque d'outils objectifs pour évaluer la symptomatologie du patient et son impact sur sa capacité à travailler. Dans le même ordre d'idée, il y a le manque d'information sur le milieu du travail faisant en sorte que la majeure partie de l'évaluation des MF et psychiatres est basée sur ce que le patient rapporte. Il y a aussi le sentiment chez ces cliniciens d'avoir des connaissances et compétences insuffisantes pour évaluer l'invalidité. Le manque de temps et de canaux de communication efficaces pour s'entretenir avec les autres acteurs sont également des facteurs gênants. Le manque de ressource et les longs délais avant d'avoir accès à des thérapeutes (p. ex. : psychologues) allongent les durées des AT et la souffrance du patient. Les articles présentés ont fait ressortir des irritants, mais aussi plusieurs solutions potentielles pour contourner les écueils rencontrés. En effet, l'étude qualitative a fait émerger plusieurs pistes de solution telle qu'instaurer des canaux de communication efficace. En effet, des outils de communication efficaces entre les acteurs du RAT demeurent lacunaires et par conséquent, l'accent devrait être mis sur la création d'outils dialogiques. La création d'un formulaire unique à tous les assureurs, conjugué à une formation sur comment les compléter serait aidante pour les MF et psychiatres. Ces formulaires pourraient même intégrer des accommodements possibles au travail en tenant compte de l'environnement de travail du patient. L'élaboration de formations et de supervisions cliniques spécifiques à la médecine du travail, dès le début des études médicales, sont mises en exergue et représentent une composante incontournable pour aider ces professionnels à augmenter ou renforcer leur sentiment de compétence dans ce domaine. Plusieurs thèmes pourraient être abordés comme les rôles des différents acteurs impliqués dans le processus de reprise professionnelle, quoi faire comme médecin traitant à chaque étape de l'AT et RAT,

comment évaluer les limitations et restrictions fonctionnelles, comment gérer des patients difficiles, etc. L'élaboration de ces formations et outils pourrait être traitée dans un prochain article (ou mémoire/thèse) dans l'optique de fournir des éléments scientifiquement validés, tout en répondant aux besoins des médecins traitants. En bref, c'est une étude en soi. La santé mentale au travail est une thématique d'actualité qui préoccupe et qui prend de plus en plus d'ampleur au sein de notre société. La mise en place d'outils et de formation adaptés pour aider les MF et psychiatres à mieux exécuter leurs tâches ne pourrait qu'avoir un impact positif sur la pratique de ces cliniciens et leurs patients. S'intéresser à la santé mentale au travail et faire davantage de recherche dans ce domaine aidera non seulement à optimiser la gestion de l'invalidité au travail, mais aussi à contribuer à la qualité des soins prodigués.

Références bibliographiques

Anema, J. R., Jettinghoff, K., Houtman, I. L. D., Schoemaker, C. G., Buijs, P. C. et van den Berg, R. (2006).

Medical Care of Employees Long-Term Sick Listed Due to Mental Health Problems: A Cohort Study to Describe and Compare the Care of the Occupational Physician and the General Practitioner. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16(1), 41-52.

<https://doi.org/10.1007/s10926-005-9001-4>

Arrelöv, B., Alexanderson, K., Hagberg, J., Löfgren, A., Nilsson, G. et Ponzer, S. (2007). Dealing with sickness certification—a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC public health*, 7(1), 273.

Bertilsson, M., Maeland, S., Love, J., Ahlborg, G. J., Werner, E. L. et Hensing, G. (2018). The capacity to work puzzle: a qualitative study of physicians' assessments for patients with common mental disorders. *BMC family practice*, 19(1), 133. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0815-5>

Boileau-Falardeau, F., Turcotte, J.-R., Lafleur, P.-A. et Corbière, M. (2019). Dilemmes des médecins traitants lors du retour au travail de personnes aux prises avec un trouble mental courant: illustration par des vignettes cliniques. *Santé mentale au Québec*, 44(2), 219-237.

Bolo, C., Sareen, J., Patten, S., Schmitz, N., Currie, S. et Wang, J. (2013). Receiving workplace mental health accommodations and the outcome of mental disorders in employees with a depressive and/or anxiety disorder. *Journal of occupational and environmental medicine*, 55(11), 1293-1299.

Brijnath, B., Mazza, D., Singh, N., Kosny, A., Ruseckaite, R. et Collie, A. (2014). Mental health claims management and return to work: Qualitative insights from Melbourne, Australia. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(4), 766-776. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9506-9>

Collie, A., Ruseckaite, R., Brijnath, B., Kosny, A. A. et Mazza, D. (2013). Sickness certification of workers compensation claimants by general practitioners in Victoria, 2003–2010. *Medical Journal of Australia*, 199(7), 480-483.

Corbiere, M. (2009). L'insertion socioprofessionnelle des personnes avec un trouble mental : la pierre angulaire du rétablissement. *Le partenaire*, 17(2), p6-7.

Corbière, M., Bergeron, G., Negrini, A., Coutu, M.-F., Samson, E., Sauvé, G. et Lecomte, T. (2018). Employee Perceptions About Factors Influencing Their Return to Work After a Sick-leave Due to Depression. *Journal of Rehabilitation*, 84(3).

Corbière, M., Lachance, J.-P., Jean-Baptiste, F., Hache-Labelle, C., Riopel, G. et Lecomte, T. (2022). Healthy Minds: Group Cognitive-Behavioral Intervention for Sustainable Return to Work After a Sick Leave Due to Depression. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1-10.

Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Bastien, M.-F., Wathieu, E., Bouchard, R., Panaccio, A., Guay, S. et Lecomte, T. (2019). Stakeholders' Role and Actions in the Return-to-Work Process of Workers on Sick-Leave Due to Common Mental Disorders: A Scoping Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09861-2>

Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Lecomte, T., Guay, S. et Panaccio, A. (2022). Developing a collaborative and sustainable return to work program for employees with common mental disorders: a participatory research with public and private organizations. *Disability and Rehabilitation*, 44(18), 5199-5211. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1931481>

Corbière, M., Negrini, A. et Dewa, C. S. (2013). Mental health problems and mental disorders - Linked determinants to work participation and work functioning. Dans P. Loisel et J. R. Anema (dir.), *Handbook of work disability: prevention and management* (p. 267-289). Springer.

- Corbière, M., Renard, M., St-Arnaud, L., Coutu, M.-F., Negrini, A., Sauvé, G. et Lecomte, T. (2015). Union perceptions of factors related to the return to work of employees with depression. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(2), 335-347. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9542-5>
- Corbière, M., Willems, L., Guay, S., Panaccio, A., Lecomte, T. et Mazaniello-Chézol, M. (2021). Développement et tests utilisateurs de l'application Web PRATICA dr: Plateforme de Retour Au Travail axée sur les Interactions et la Communication entre les Acteurs, intégrant un programme Durable favorisant le Rétablissement. *Santé mentale au Québec*, 46(1), 175-202.
- Dell-Kuster, S., Lauper, S., Koehler, J., Zwimpfer, J., Altermatt, B., Zwimpfer, T., Zwimpfer, L., Young, J., Bucher, H. C. et Nordmann, J. (2014). Assessing work ability—A cross-sectional study of interrater agreement between disability claimants, treating physicians, and medical experts. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 40(5), 493-501. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3440>
- Desrosiers, J. et Larivière, N. (2014). Le groupe de discussion focalisée. Application pour recueillir des informations sur le fonctionnement au quotidien des personnes avec un trouble de la personnalité limite. Dans N. Larivière et M. Corbière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes: dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Presses de l'Université du Québec.
- Dewa, C. S. (2017). Les coûts des troubles mentaux en milieu de travail peuvent-ils être réduits ? *Santé mentale au Québec*, 42(2), 31-38. <https://doi.org/10.7202/1041912ar>
- Dewa, C. S., Chau, N. et Dermer, S. (2010). Examining the Comparative Incidence and Costs of Physical and Mental Health-Related Disabilities in an Employed Population: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(7), 758-762. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181e8cfb5>
- Dewa, C. S., Hees, H., Trojanowski, L. et Schene, A. H. (2015). Clinician experiences assessing work disability related to mental disorders. *PloS one*, 10(3), e0119009. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119009>

Dewa, C. S. et Lin, E. (2000). Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace.

Social Science & Medicine, 51(1), 41-50. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00431-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00431-1)

Dewa, C. S., Thompson, A. H. et Jacobs, P. (2011). The Association of Treatment of Depressive Episodes

and Work Productivity. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(12), 743-750.

<https://doi.org/10.1177/070674371105601206>

Dol, M., Varatharajan, S., Neiterman, E., McKnight, E., Crouch, M., McDonald, E., Malachowski, C., Dali,

N., Giau, E. et MacEachen, E. (2021). Systematic review of the impact on return to work of return-to-work coordinators. *Journal of occupational rehabilitation*, 31, 675-698.

Edlund, C. et Dahlgren, L. (2002). The physician's role in the vocational rehabilitation process. *Disability*

and Rehabilitation, 24(14), 727-733. <https://doi.org/10.1080/09638280210124310>

Engblom, M., Nilsson, G., Arrelöv, B., Löfgren, A., Skånér, Y., Lindholm, C., Hinas, E. et Alexanderson, K.

(2011). Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29(4), 227-233.

<https://doi.org/10.3109/02813432.2011.628235>

Foley, M., Thorley, K. et Von Hout, M.-C. (2013). Sickness certification difficulties in Ireland—a GP focus

group study. *Occupational Medicine*, 63(5), 369-372. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt056>

Furlan, A. D., Harbin, S., Vieira, F. F., Irvin, E., Severin, C. N., Nowrouzi-Kia, B., Tiong, M. et Adisesh, A.

(2022). Primary Care Physicians' Learning Needs in Returning Ill or Injured Workers to Work. A Scoping Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 32(4), 591-619.

Gerner, U. et Alexanderson, K. (2008). Issuing sickness certificates: A difficult task for physicians: A

qualitative analysis of written statements in a Swedish survey. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(1), 57-63. <https://doi.org/10.1177/1403494808097170>

- Gouvernement du Canada, S. C. (2013, 18 septembre). *Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2013001/article/cite-fra.htm>
- Hamm, R. M., Reiss, D. M., Paul, R. K. et Bursztajn, H. J. (2007). Knocking at the wrong door: Insured workers' inadequate psychiatric care and workers' compensation claims. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(4-5), 416-426.
- Hiscock, J., Ritchie, J. et Jones, A.-M. (2001). *The role of GPs in sickness certification*. Corporate Document Services Leeds.
- Hussey, S., Hoddinott, P., Wilson, P., Dowell, J. et Barbour, R. (2004). Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *BMJ*, 328(7431), 88. <https://doi.org/10.1136/bmj.37949.656389.EE>
- IRSST (Québec). (1991). *Procédure d'intégration professionnelle à l'usage du conseiller en réadaptation*. Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.
- Joosen, M. W. C., Arends, I., Lugtenberg, M., Timmermans, J., Bruijs-Schaapveld, B., Terluin, B., van Weeghel, J., van der Klink, J. J. L. et Brouwers, E. P. M. (2017). Barriers to and facilitators of return to work after sick leave in workers with common mental disorders: perspectives of workers, mental health professionals, occupational health professionals, general physicians and managers.
- Kiessling, A. et Arrelöv, B. (2012). Sickness certification as a complex professional and collaborative activity - a qualitative study. *BMC Public Health*, 12(1), 702. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-702>
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: Introducing focus groups. *BMJ*, 311(7000), 299-302. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>

- Kitzinger, Jenny, Markova, I. et Kalampalikis, N. (2004). Qu'est-ce que les focus groups ? *Bulletin de psychologie*, 57, 237-243.
- Krohne, K. et Brage, S. (2008). How GPs in Norway conceptualise functional ability: a focus group study. *British Journal of General Practice*, 58(557), 850. <https://doi.org/10.3399/bjgp08X376131>
- Laflamme, A.-M. (2017). Troubles mentaux et accommodement raisonnable au travail: les potentialités du droit québécois. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 39-56.
- Laflamme, A.-M. et Nadeau, J. (2011). Lois et mesures favorisant l'intégration et le maintien en emploi des personnes souffrant d'un trouble mental. Dans M. Corbière et M.-J. Durand (dir.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail: une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'interventions* (p. 41-75). Presses de l'Université du Québec.
- Lederer, V., Loisel, P., Rivard, M. et Champagne, F. (2014). Exploring the Diversity of Conceptualizations of Work (Dis)ability: A Scoping Review of Published Definitions. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(2), 242-267. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9459-4>
- Letrilliart, L. et Barrau, A. (2012). Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: A systematic review. *European Journal of General Practice*, 18(4), 219-228. <https://doi.org/10.3109/13814788.2012.727795>
- Lim, K.-L., Jacobs, P., Ohinmaa, A., Schopflocher, D. et Dewa, C. S. (2008). A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 28(3), 92-98.
- Ljungquist, T., Hinas, E., Nilsson, G. H., Gustavsson, C., Arrelöv, B. et Alexanderson, K. (2015). Problems with sickness certification tasks: experiences from physicians in different clinical settings. A cross-sectional nationwide study in Sweden. *BMC Health Services Research*, 15(1), 321. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0937-6>

- Macdonald, S., Maxwell, M., Wilson, P., Smith, M., Whittaker, W., Sutton, M. et Morrison, J. (2012). « A powerful intervention: general practitioners'; use of sickness certification in depression ». *BMC family practice*, 13(100967792), 82. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-82>
- Macdonald, S., Morrison, J., Maxwell, M., Munoz-Arroyo, R., Power, A., Smith, M., Sutton, M. et Wilson, P. (2009). 'A coal face option': GPs' perspectives on the rise in antidepressant prescribing. *Br J Gen Pract*, 59(566), e299-e307.
- Money, A., Hussey, L., Thorley, K., Turner, S. et Agius, R. (2010). Work-related sickness absence negotiations: GPs' qualitative perspectives. *British Journal of General Practice*, 60(579), 721-728. <https://doi.org/10.3399/bjgp10X532350>
- Morgan, D. L., Krueger, R. A. et King, J. A. (dir.). (1998). *Focus group kit*. SAGE Publications.
- Negrini, A., Corbière, M., Lecomte, T., Coutu, M.-F., Nieuwenhuijsen, K., St-Arnaud, L., Durand, M.-J., Gragnano, A. et Berbiche, D. (2018). How can supervisors contribute to the return to work of employees who have experienced depression? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28, 279-288.
- Nilsson, G. H., Arrelöv, B., Lindholm, C., Ljungquist, T., Kjeldgård, L. et Alexanderson, K. (2012). Psychiatrists' work with sickness certification: frequency, experiences and severity of the certification tasks in a national survey in Sweden. *BMC Health Services Research*, 12(1), 362. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-362>
- Noordik, E., van Dijk, F. J., Nieuwenhuijsen, K. et van der Klink, J. J. L. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of an exposure-based return-to-work programme for patients on sick leave due to common mental disorders: design of a cluster-randomized controlled trial. *BMC public health*, 9(100968562), 140. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-140>
- OCDE. (2012). *Sick on the job?: myths and realities about mental health and work*. OECD Publishing Paris.

- OECD. (2010). *Sickness, disability and work: Breaking the barriers: A synthesis of findings across OECD countries*. OECD publishing.
- OECD et European Union. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD.
https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Okpaku, S. O., Sibulkin, A. E. et Schenzler, C. (1994). Disability determinations for adults with mental disorders: Social Security Administration vs independent judgments. *American journal of public health*, 84(11), 1791-1795.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2012). *Sick on the job?: Myths and realities about mental health and work*. OECD Publishing Paris.
- Organisation mondiale de la Santé. (2019, 4 décembre). *Principaux repères sur la dépression*.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organisation mondiale de la Santé. (2022, 17 juin). *L'OMS souligne qu'il est urgent de transformer la santé mentale et les soins qui lui sont consacrés*. <https://www.who.int/fr/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2017, 30 mars). *Dépression: parlons-en [communiqué de presse]*. <https://www.who.int/fr/news-room/detail/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>
- Pransky, G., Katz, J. N., Benjamin, K. et Himmelstein, J. (2002). Improving the physician role in evaluating work ability and managing disability: a survey of primary care practitioners. *Disability and Rehabilitation*, 24(16), 867-874. <https://doi.org/10.1080/09638280210142176>
- Schnitzler, L., Kosny, A. et Lifshen, M. (2018). Healthcare providers' experience with the management of mental health conditions in the context of Workers' Compensation. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 59(3), 449-462. <https://doi.org/10.3233/WOR-182695>

- Söderberg, E. et Alexanderson, K. (2003). Sickness certification practices of physicians: a review of the literature. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31(6), 460-474.
- Soklaridis, S., Tang, G., Cartmill, C., Cassidy, J. D. et Andersen, J. (2011). « Can you go back to work? »: Family physicians' experiences with assessing patients' functional ability to return to work. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 57(2), 202-9.
- Statistique Canada. (2022, 4 mars). Augmentation de l'incapacité liée à la santé mentale chez les travailleurs canadiens pendant la pandémie, 2021. Composante du produit no 2 11-001-X au catalogue de Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220304/dq220304b-fra.pdf>
- Steinberg, J. (2011). Working with common psychiatric problems. Dans J. B. Talmage, J. M. Melhorn et M. H. Hyman (dir.), *AMA guides to the evaluation of work ability and return to work* (2nd ed, p. 411-426). American Medical Association.
- Stigmar K, Grahn B, et Ekdahl C. (2010). Work ability – experiences and perceptions among physicians. *Disability & Rehabilitation*, 32(21), 1780-1789. <https://doi.org/10.3109/09638281003678309>
- Sturesson, M., Edlund, C., Fjellman-Wiklund, A., Falkdal, A. H. et Bernspång, B. (2013). Work ability as obscure, complex and unique: Views of Swedish occupational therapists and physicians. *Work*, 45(1), 117-128. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1416>
- Swartling, M. S., Alexanderson, K. A. E. et Wahlstrom, R. A. (2008). Barriers to good sickness certification — an interview study with Swedish general practitioners. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(4), 408-414. <https://doi.org/10.1177/1403494808090903>
- Sylvain, C., Durand, M.-J. et Maillette, P. (2018). Insurers' influences on attending physicians of workers sick-listed for common mental disorders: What are the impacts on physicians' practices? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(3), 531-540. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9744-8>

- Sylvain, C., Durand, M.-J., Maillette, P. et Lamothe, L. (2016). How do general practitioners contribute to preventing long-term work disability of their patients suffering from depressive disorders? A qualitative study. *BMC family practice*, 17(100967792), 71. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0459-2>
- Volker, D., Vlasveld, M. C., Anema, J. R., Beekman, A. T. F., Hakkaart-van Roijen, L., Brouwers, E. P. M., van Lomwel, A. G. C. et van der Feltz-Cornelis, C. M. (2013). Blended E-health module on return to work embedded in collaborative occupational health care for common mental disorders: Design of a cluster randomized controlled trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9.
- von Knorring, M., Sundberg, L., Löfgren, A. et Alexanderson, K. (2008). Problems in sickness certification of patients: A qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26(1), 22-28. <https://doi.org/10.1080/02813430701747695>
- Wahlström, R. et Alexanderson, K. (2004). Chapter 11. Physicians' sick-listing practices. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(63_suppl), 222-255. <https://doi.org/10.1080/14034950410021916>
- Wynne-Jones, G., Mallen, C. D., Main, C. J. et Dunn, K. M. (2010). What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28(2), 67-75. <https://doi.org/10.3109/02813431003696189>
- Yanar, B., Kosny, A. et Lifshen, M. (2019). Perceived role and expectations of health care providers in return to work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29, 212-221.
- Young, A. E., Wasiak, R., Roessler, R. T., McPherson, K. M., Anema, J. R. et van Poppel, M. N. M. (2005). Return-to-Work Outcomes Following Work Disability: Stakeholder Motivations, Interests and Concerns. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 543-556. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8033-0>