



Santé Mentale au Travail et Invalidité Professionnelle : Lignes Directrices À L'intention Des Médecins

Introduction

Les troubles de la santé mentale contribuent sensiblement à la déficience et à l'invalidité professionnelles de même qu'à l'absentéisme. Cela est particulièrement vrai pour la dépression, principale cause d'invalidité dans bon nombre de secteurs professionnels. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la dépression arrivera, d'ici à 2020, au deuxième rang des causes d'invalidité les plus fréquentes dans les pays développés. La dépression accroît le risque de maladie physique ou psychiatrique secondaire ainsi que de blessures et d'accidents. Les leçons tirées d'une prise en charge réussie de la déficience d'origine dépressive peuvent souvent s'appliquer à d'autres problèmes psychiatriques, notamment les troubles de l'adaptation et les troubles anxieux.

Le médecin de famille joue un rôle de premier plan dans la prise en charge des troubles mentaux. Sa mission est la même que dans n'importe quelle autre sphère thérapeutique : ramener le patient à la santé, optimiser ses capacités sociales, psychologiques, physiques et fonctionnelles, et réduire au minimum les conséquences de sa blessure ou de sa maladie.

Lorsqu'il traite un travailleur, le médecin de famille doit poser un diagnostic, fixer des objectifs cliniques réalistes, recommander et mettre en œuvre un traitement étayé par des données factuelles et conforme aux normes en vigueur, puis surveiller la réponse clinique à ce traitement.

Le médecin de famille peut faire beaucoup pour prévenir et atténuer l'invalidité professionnelle; en cas d'atteinte grave ou réfractaire, il pourra s'adjoindre un psychologue, un psychiatre ou d'autres spécialistes en santé mentale.

La prise en charge de la santé mentale des travailleurs ne va pas forcément de soi pour le médecin de famille, car :

on lui a appris à se préoccuper essentiellement des symptômes et du diagnostic, et non de la capacité fonctionnelle (au travail, notamment);

il ne sait pas nécessairement en quoi consiste le travail du patient et, par le fait même, dans quelle mesure celui-ci est apte à répondre aux exigences de son poste;

il doit s'engager dans des rouages qu'il connaît peu (p. ex. employeurs, assureurs); et

il peut se retrouver pris entre l'arbre et l'écorce, tiraillé entre son patient, l'employeur et l'assureur.

Si complexe soit-elle, la prise en charge du volet professionnel est néanmoins indispensable pour le patient comme pour tous les intéressés. En effet, à défaut de renseignements pertinents et précis fournis en temps opportun, les troubles mentaux peuvent s'aggraver et la situation, se compliquer encore davantage. Qui plus est, le risque de blessure, d'accident ou d'incident peut s'accroître, et le versement des indemnités financières au patient en invalidité peut être retardé.

Pour le médecin qui traite un travailleur aux prises avec un trouble mental ou en invalidité professionnelle, certaines tâches sont incontournables :

I.	Évaluation de la déficience et de la capacité fonctionnelle
II.	Communication efficace avec l'employeur ou l'assureur
III.	Collaboration avec le patient dans la prise de décisions
IV.	Optimisation du rétablissement de la capacité fonctionnelle au travail

I.	Évaluation de la déficience et de la capacité fonctionnelle Le rôle du médecin est d'évaluer la déficience (diagnostic, symptômes, déficit fonctionnel) et non l'invalidité (incapacité du patient d'accomplir un travail donné, déterminée par l'employeur ou l'assureur).
----	---

L'Organisation mondiale de la Santé définit la déficience comme « toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique ». Pour bien cerner la déficience, on doit s'appuyer sur un diagnostic en bonne et due forme et une description détaillée des symptômes.

Les médecins de famille ont la compétence nécessaire pour évaluer le degré de la déficience et en attester par écrit.

Diagnostic

- Soyez le plus précis possible en optant, de préférence, pour la terminologie du DSM-IV-TR (p. ex., « stress » n'est pas un diagnostic officiel en psychiatrie).
- Fournissez des renseignements sur l'évolution et le pronostic attendus.
- Fournissez des renseignements sur le traitement étayé par des données factuelles.

Symptomatology

- Ne soyez pas avare de renseignements, surtout sur les symptômes susceptibles d'entraver le fonctionnement professionnel.
- Un même diagnostic peut entraîner une constellation de symptômes qui diffère selon le patient. Voilà pourquoi il est important de décrire avec précision les symptômes du patient, leur sévérité et leurs répercussions sur le rendement professionnel.
- Dans la description des déficiences, soyez explicite : précisez la fréquence, l'intensité et la durée, et notez les éléments qui pourraient aider le patient à maintenir sa capacité fonctionnelle à un niveau plus élevé.

Déficience fonctionnelle

Quatre sphères peuvent être touchées :

- les activités de la vie quotidienne (p. ex. les habitudes en matière d'alimentation et de sommeil, les activités à l'extérieur du foyer);
- le fonctionnement social;
- la concentration, la persévérance et le rythme;
- les situations complexes ou analogues au travail (p. ex., en quoi les symptômes du patient pourraient nuire au fonctionnement professionnel), dans lesquelles une détérioration ou une décompensation peut être observée.



Bien que sa fiabilité et sa validité soient discutables, l'échelle globale de fonctionnement (EGF ou GAF) demeure la référence pour l'évaluation de la capacité fonctionnelle.

Un score EGF/GAF déterminé avec minutie, concordant avec les symptômes décrits et témoignant avec éloquence d'une diminution de la capacité fonctionnelle favorisera grandement l'admissibilité du patient à l'assurance-invalidité (p. ex. un demandeur décrivant une vie de famille agréable, faisant du bénévolat et revenant d'un voyage à Hawaï ne devrait pas obtenir un score EGF/GAF de 40 à 45).

Donnez des exemples concrets des déficiences fonctionnelles liées précisément au travail du patient. Dans les cas complexes, une analyse des tâches se révélera utile.

Prenez conscience de l'importance du choix des mots. Ainsi, des énoncés comme « ne peut se concentrer » ou « ne peut dormir » ne sont pas très éloquentes. Il est, en effet, très improbable que le patient soit déprimé au point d'être totalement incapable de se concentrer ou de dormir, pas même pendant une courte période. Il est plus opportun de préciser le degré ou la nature de la déficience, p. ex. en décrivant la diminution de la capacité fonctionnelle du patient, en indiquant les limites temporelles de sa capacité de concentration ou en faisant état de sa difficulté à se concentrer sur plusieurs tâches à la fois.

Pour qu'un patient soit en invalidité, sa capacité de vaquer à ses occupations quotidiennes, notamment de s'acquitter de ses fonctions professionnelles, doit être notablement amoindrie. Toutefois, cette déficience ne suffit pas, à elle seule, à définir l'invalidité. En effet, des facteurs tels que l'âge, l'état de santé général, le réseau social, la motivation ainsi que la satisfaction à l'égard du travail et du supérieur immédiat ont également leur importance.

La déficience ne mène pas nécessairement à l'invalidité. Ainsi, un patient aux prises avec des déficiences appréciables pourra peut-être continuer à travailler moyennant quelques aménagements de la part de son employeur. Vous devez prendre en considération l'influence de certains facteurs, tels que l'âge, l'état de santé général, le réseau social, la motivation et la satisfaction professionnelle.

II.

Communication efficace avec l'employeur ou l'assureur

La prise en charge des troubles de la santé mentale chez le travailleur a ceci de particulier qu'elle exige des interactions avec des intervenants inhabituels, tels que l'employeur ou l'assureur.

L'employeur pourrait devoir obtenir des renseignements cliniques auprès du médecin de famille pour faire les aménagements qu'exige l'état du patient; de même, le médecin de famille devra peut-être s'adresser à l'employeur pour déterminer les répercussions des symptômes sur le fonctionnement professionnel.

De son côté, l'assureur devra s'informer auprès du médecin de famille sur les sujets que voici : diagnostic, déficiences fonctionnelles, pronostic, traitement recommandé et durée du traitement. Il pourra ainsi a) statuer sur l'admissibilité du patient à des prestations et b) s'assurer que le patient peut recevoir un traitement approprié. Les formulaires doivent être remplis avec soin et dans les délais prescrits. Bien sûr, la paperasserie n'est jamais la bienvenue, mais ces formulaires sont précieux pour les chargés de cas des assureurs, qui y trouvent la majeure partie des renseignements dont ils ont besoin pour s'acquitter efficacement de leurs fonctions.



Demandez au patient son consentement pour communiquer avec l'assureur ou l'employeur, et informez-le des renseignements qui seront transmis.

Dans les cas complexes (p. ex., si le patient résiste au traitement ou que des aménagements au travail sont nécessaires), peut-être sera-t-il préférable de communiquer directement avec l'employeur ou l'assureur (ainsi qu'avec d'autres fournisseurs de soins).

III.

Collaboration avec le patient dans la prise de décisions sur les aménagements au travail et les congés de maladie

Encouragez vos patients à participer activement à la prise des décisions relatives au traitement, à la réadaptation et aux aménagements professionnels (p. ex. modification des tâches, congé de maladie, retour au travail). En n'incitant pas le patient à s'investir dans son rétablissement, on peut l'encourager à s'abandonner au désespoir et accentuer chez lui le sentiment d'impuissance, ce qui ne favorise en rien l'observance et le retour à la santé. Il est bon également de lui demander quelles sont ses attentes en ce qui touche son rétablissement.

L'arrêt prolongé des activités usuelles – notamment un congé de maladie de longue durée – est néfaste pour la santé et le bien-être, tant sur le plan mental que sur les plans social et physique.

Aménagements

- Voyez s'il est possible de faire certains aménagements au travail pour éviter un arrêt complet.
- Si ces aménagements apparaissent comme une bonne solution, encouragez le patient à en parler ouvertement à son employeur.

Congé de maladie

- Avec le patient, pesez le pour et le contre d'un congé de maladie. Si vous recommandez un arrêt de travail, celui-ci devra s'inscrire dans un plan de traitement assorti de recommandations à suivre et d'objectifs bien définis à atteindre pendant cette période de repos.

Élaborez un plan de traitement bien balisé. Si vous recommandez un congé de maladie, limitez-le dans le temps en indiquant une date de retour au travail.

- Fixez la durée du congé de maladie en tenant compte du délai habituel de réponse au traitement (p. ex., en cas de dépression ou de trouble anxieux sans complication et bien traité, on peut s'attendre à un rétablissement notable en six à huit semaines).

Avantages et risques d'un congé de maladie

Avantages	Inconvénients
Le patient est libéré du stress professionnel, ce qui favorise la stabilisation de son état dans un milieu protégé.	Le patient peut sombrer dans l'inactivité et l'isolement, comportement susceptible d'aggraver la dépression et d'intensifier l'anxiété
Le risque d'incidents est diminué, surtout dans les lieux de travail où la sécurité est primordiale.	Un congé de maladie prolongé peut donner lieu à une anxiété secondaire, qui fera en sorte que le patient appréhendera encore davantage son retour au travail.
Le patient a davantage de temps à consacrer à des activités favorables à son rétablissement, telles que la psychothérapie ou l'exercice physique.	Un congé de maladie prolongé est de mauvais pronostic pour ce qui est d'un éventuel retour, un jour, à la vie professionnelle.

IV.

Optimisation du rétablissement de la capacité fonctionnelle au travail

On a déjà cru que le rétablissement de la capacité fonctionnelle au travail venait après la rémission des symptômes de la dépression. Or, les études récentes indiquent plutôt que la rémission des symptômes et le rétablissement fonctionnel vont de pair.

La rémission des symptômes et le rétablissement fonctionnel devraient être manifestes au cours des premiers mois du traitement. La persistance d'une déficience fonctionnelle au-delà de six à huit semaines dans les troubles mentaux courants telles la dépression et l'anxiété indique qu'il faut modifier la stratégie de traitement ou faire appel à d'autres fournisseurs de soins en santé mentale.

Nombreux sont les patients qui, grâce aux médicaments contre la dépression et les troubles anxieux, recouvrent une bonne santé fonctionnelle, certes, mais demeurent quand même loin d'un rétablissement fonctionnel complet. La psychopharmacologie peut être potentialisée par une thérapie cognitivo-comportementale, qui a fait ses preuves dans le rétablissement de la capacité fonctionnelle.

Évaluez la capacité du patient de s'adonner à certaines activités. Favorisez une activation fonctionnelle précoce et graduelle. Il est même possible de prescrire certaines activités.

Favorisez activement les initiatives d'auto-prise en charge en aidant le patient à comprendre le diagnostic et à composer avec ses symptômes. Pour étayer les modalités de traitement habituelles, soutenir le patient dans ses efforts et favoriser le rétablissement fonctionnel, vous pouvez lui remettre de la documentation sur l'auto-prise en charge, par exemple le guide Antidepressant Skills at Work (AS@W): Dealing with Mood Problems in the Workplace.

S'il y a lieu, vous pourrez encourager le patient à s'informer sur le soutien offert par son employeur, par l'entremise notamment des programmes d'aide aux employés ou à la famille, ou encore d'une assurance-maladie supplémentaire qui lui donnerait accès à un psychologue.

En cas de troubles mentaux sévères ou persistants, telle la schizophrénie, il conviendra d'envisager le recours à un programme de réadaptation ou d'assistance en milieu de travail.

Des interventions précoces favorisant le rétablissement fonctionnel sont efficaces pour atténuer l'invalidité ultérieure et les facteurs secondaires d'accentuation de l'état morbide (p. ex., la diminution des responsabilités, l'évitement du travail et des agents stressants, la sympathie des proches).

Références

American Psychiatric Association (2000). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – Quatrième édition, Texte révisé (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association. Sont comprises dans cet ouvrage l'échelle globale de fonctionnement (EGF ou GAF) et l'échelle d'évaluation du fonctionnement professionnel et social (SOFAS).

Bilsker D, Wiseman S, Gilbert M (2006). Managing depression-related occupational disability: A pragmatic approach. *Canadian Journal of Psychiatry* 51:76-83.

Association médicale canadienne (2000). Politique de l'AMC : Le rôle du médecin lorsqu'il s'agit d'aider les patients à retourner au travail après une maladie ou une blessure. *Journal de l'Association médicale canadienne* 156(5):680A-680F.

Cocchiarella L, Andersson GBJ (2001). Guides to the evaluation of permanent impairment (5e édition). Chicago, IL: American Medical Association Press.

Crook J, Moldofsky H (1994). The probability of recovery and return to work from work disability as a function of time. *Quality of Life Research* 3(suppl 1):S97-109.

Hirschfeld RM, Dunner DL, Keitner G (2002). Does psychosocial functioning improve independent of depressive symptoms? A comparison of nefazodone, psychotherapy, and their combination. *Biological Psychiatry* 51(2):123-133.

Rael EG, Stansfeld SA, Shipley M, Head J, Feeney A, Maemot M (1995). Sickness absence in the Whitehall II study, London: The role of social support and material problems. *Journal of Epidemiology and Community Health* 49:474-81.

Simon GE, Revicki DA, Heiligenstein J, Grothaus L, VonKorff M, Katon WJ (2000). Recovery from depression, work productivity, and health care costs among primary care patients. *General Hospital Psychiatry* 22(2):153-162.

Söderberg P, Tungström S, Armelius BA (2005). Special section on the GAF: Reliability of Global Assessment of Functioning ratings made by clinical psychiatric staff. *Psychiatric Services* 56:434-438.

UN MOT SUR LE PROGRAMME AS@W

Comment le guide Antidepressant Skills at Work* a-t-il été rédigé?

Le guide a été mis au point par les *British Columbia Mental Health and Addiction Services* (BCMHA), organisme relevant du ministère de la Santé de la province. Ce guide et la documentation connexe sont cosignés par **Dan Bilsker**, **Merv Gilbert** et **Joti Samra**, psychologues agréés et scientifiques-praticiens spécialisés dans les questions de santé mentale au travail. Ces psychologues sont rattachés au *Consortium for Organizational Mental Healthcare* (COMH), faculté des sciences de la santé, *Simon Fraser University*. Le guide a été rédigé après examen détaillé des écrits scientifiques, consultation d'employeurs, de syndicats, de fournisseurs de soins en santé mentale et de groupes d'employés, et adaptation des programmes existants d'auto-prise en charge de la dépression.

Comment obtenir le guide?

On peut consulter le guide et le télécharger gratuitement à <http://www.comh.ca/antidepressant-skills/work/> ou à www.bcmhas.ca/research. Les particuliers et les organismes peuvent imprimer le guide et le reproduire en de multiples exemplaires avec l'autorisation du COMH (info@comh.ca). Enfin, on peut se procurer à peu de frais des exemplaires imprimés et une version audio sur cédérom auprès de Rebel Communications Group (604-214-9695 ou 1-866-678-5484 ou info@rebelcom.ca).

Pour en savoir davantage sur le programme AS@W ainsi que les ressources et le matériel connexes, prière de se rendre à www.comh.ca/selfcare. Le site est mis à jour régulièrement.

*** NOTE DU TRADUCTEUR :** Au moment où la traduction des présentes lignes directrices a été mise sous presse, ce guide n'existait pas en version française. Il est toutefois possible de télécharger du même site, sans frais, un guide général (c'est-à-dire, non axé sur le travail), intitulé « Programme d'autotraitement de la dépression. Guide destiné au patient ».