

# 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 leur pratique

Fabienne Boileau-Falardeau et Jean-Robert Turcotte  
*Université de Montréal*

Marc Corbière  
*Université du Québec à Montréal*

## RÉSUMÉ

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 maladies. 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). 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 que d'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. 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. 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 de cela également que ces cliniciens aimeraient être mieux formés pour arrimer connaissances et pratique.

---

Fabienne Boileau-Falardeau, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, Québec ; Jean-Robert Turcotte, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, Québec ; Marc Corbière, Département d'éducation et pédagogie — Counseling de carrière, Université du Québec à Montréal, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Montréal, Québec.

Les auteurs et autrice déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts à signaler.

Contacts : Fabienne Boileau-Falardeau, [fabienne.boileau-falardeau@umontreal.ca](mailto:fabienne.boileau-falardeau@umontreal.ca) et Marc Corbière, [corbiere.marc@uqam.ca](mailto:corbiere.marc@uqam.ca)

**Mots clés :** trouble mental courant ; retour au travail ; médecin de famille ; psychiatre ; groupe de discussion

### ABSTRACT

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). 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. 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. 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. 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

Durant les dernières années, une sensibilité accrue relativement aux impacts financiers et sociaux liés à l'ininvalidité au travail chez les personnes atteintes d'un trouble mental courant (TMC) a été observée (Dewa et al., 2015), ce qui s'est amplifié avec la pandémie récente de COVID-19 (Statistique Canada, 20210). Par ailleurs, les troubles mentaux sont actuellement la principale cause d'ininvalidité (Organisation mondiale de la Santé, 2023) 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). Dans leur étude canadienne, Dewa et al. (2010) démontrent l'accroissement significatif de la durée de l'AT en raison d'un TMC. Ils observent que la durée moyenne d'AT pour toutes maladies confondues est de 34 jours, et de 67 jours pour un TMC. L'une des solutions pour réduire 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 en absence maladie pour un TMC est l'acteur central de son retour au travail (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 lorsqu'il est sollicité (Corbière et al., 2019).

Concernant le MF, il est un acteur influent pour les autres acteurs impliqués puisqu'il est le premier à préconiser l'AT puis éventuellement à suggérer un RAT progressif; c'est lui également qui officialise les incapacités (Corbière et al., 2019; Lederer et al., 2014; Steinberg, 2011; Young et al., 2005). Il assure plusieurs fonctions d'évaluation telles que : faire les bilans sanguins et l'examen de santé physique afin d'exclure une pathologie somatique (Hiscock et al., 2001; Yanar et al., 2019), établir le diagnostic (Dewa

et al., 2015 ; Hiscock et al., 2001 ; Söderberg et al., 2003), évaluer les tâches au travail (Dewa et al., 2015 ; Bertilsson et al., 2018 ; Macdonald et al., 2012 ; Furlan et al., 2022) et les facteurs environnementaux pouvant influencer le TMC (Soklaridis et al., 2011 ; Hiscock et al., 2001, Bertilsson et al., 2018 ; Macdonald et al., 2012). Il va aussi jauger si les symptômes interfèrent avec le travail (Dewa et al., 2015 ; Yanar et al., 2019 ; Schnitzler et al., 2018 ; Sylvain et al., 2016), évaluer si le travail est thérapeutique ou pathogène (Bertilsson et al., 2018 ; Söderberg et al., 2003 ; Macdonald et al., 2012 ; Sylvain et al., 2016) et statuer sur la pertinence d'un AT (Bertilsson et al., 2018 ; Söderberg et al., 2003 ; Sylvain et al., 2016). Outre son rôle d'évaluateur, il offre à son patient les soins appropriés pour l'amélioration de son état de santé, en prescrivant le traitement pharmacologique du TMC (Soklaridis et al., 2011 ; Wahlström et Alexanderson, 2004 ; Yanar et al., 2019), éventuellement une psychothérapie (Bertilsson et al., 2018 ; Sylvain et al., 2016 ; Stigmar et al., 2010) et/ou une activation comportementale (Joosen et al., 2022 ; Stigmar et al., 2010). Il proposera enfin de la psychoéducation sur les objectifs de l'AT, du traitement et du RAT à son patient (Yanar et al., 2019 ; Joosen et al., 2022 ; Schnitzler et al., 2018). C'est donc encore lui qui va prescrire l'AT (Soklaridis et al., 2011 ; Yanar et al., 2019 ; Bertilsson et al., 2018 ; Söderberg et Alexanderson, 2003), remplir les formulaires pertinents (Hiscock et al., 2020 ; Wahlström et Alexanderson, 2004 ; Hussey et al., 2004) et justifier, par les restrictions et limitations fonctionnelles, l'invalidité du patient pour lui permettre de bénéficier d'une compensation financière (Soklaridis et al., 2011 ; Hiscock et al., 2020). C'est lui encore qui va recommander des aménagements de travail lors d'un RAT (Soklaridis et al., 2011 ; Söderberg et Alexanderson, 2003). Durant tout le processus, il lui importe également 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., 2022 ; Macdonald et al., 2012 ; Stigmar et al., 2010). Si nécessaire, le MF demandera les services d'un coordonnateur de RAT (Furlan et al., 2022 ; Sylvain et al., 2016) et/ou adressera le patient à un spécialiste (Hiscock et al., 2020 ; Wahlström et Alexanderson, 2004), tel qu'un psychiatre par exemple lorsqu'il est question de TMC.

Le psychiatre, quant à lui, a un double rôle, assurer les soins des patients les plus complexes et être un recours pour les soignants de première ligne, prenant en charge les cas moins complexes (Corbière et al., 2019 ; Schnitzler et al., 2018). Dans le cadre de son expertise, il évalue l'éventuelle présence d'une pathologie psychiatrique (Dewa et al., 2015 ; Bertilsson et al., 2018 ; Joosen et al., 2022) ainsi que les facteurs psychosociaux pouvant influencer le TMC et son traitement (Dewa et al., 2015 ; Bertilsson et al., 2018). Il doit aussi évaluer les atteintes fonctionnelles, la sévérité des symptômes et la façon dont le patient les gère (Dewa et al., 2015 ; Schnitzler et al., 2018 ; Sylvain et al., 2016). Son rôle consiste aussi à traiter le TMC (Soklaridis et al., 2011 ; Hiscock et al., 2001 ; Wahlström et Alexanderson, 2004), aider le patient à se fixer des objectifs d'activation comportementale (Bertilsson et al., 2018 ; Joosen et al., 2022 ; Schnitzler et al., 2018 ; Stigmar et al., 2010), l'informer de la fonction de l'AT et l'aider à gérer son anxiété d'appréhension face au RAT (Joosen et al., 2022 ; 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 de travail après un arrêt pour TMC (Corbière et al., 2019 ; Wahlström et Alexanderson, 2004 ; Schnitzler et al., 2018).

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 dans le processus

d'AT et de RAT; et (3) dégager les besoins de formations et outils qui pourront éventuellement les aider dans l'accomplissement de leurs tâches.

## MÉTHODOLOGIE

### Devis et collecte de données

Il s'agit d'une étude qualitative. Les données ont été collectées 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) quels 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; 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; Morgan et al., 1998; Kitzinger et al., 2004), nous avons réalisé 5 groupes de discussion. Quatre groupes de discussion auraient été suffisants pour couvrir la problématique avec ces 2 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 la 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 terminé 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).

La réalisation des groupes de discussion ayant eu lieu en mode distanciel, le nombre de questions a été réduit (voir plus haut) pour éviter la fatigue. Les groupes de discussion se sont déroulés via la plateforme sécurisée de téléconférence *Zoom for healthcare*, coanimés par les 3 auteurs de l'article. Le rôle de l'animatrice était de poser les questions ouvertes et précises préalablement choisies. Le rôle des coanimateurs était de stimuler la discussion et de faire préciser, si nécessaire, certains éléments restant flous. La durée des groupes de discussion variait entre 60 et 90 minutes. Les groupes de discussion ont été tenus entre mars 2021 et mai 2022. 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 de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

### **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 verbatims anonymisés. 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 à la fusion de codes trop proches sur le plan conceptuel.

### **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.

## **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.

### **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 2 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 stressés au travail versus les stressés environnementaux et les stressés familiaux pour se faire un portrait vraiment juste de la situation. » (MF A1)

Les MF/psychiatres décrivent les limitations et restrictions au travail et évaluent le fonctionnement en milieu de travail et dans la sphère personnelle du patient. Parallèlement, ils apprécient la pertinence de l'AT, de sa durée et de son impact. Enfin, ils prescrivent le RAT et évaluent 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 de RAT. Tous renvoient à des décisions et facteurs de nature médicale et clinique qui sont au cœur de l'activité médicale quotidienne. Autant les MF que les psychiatres s'entendent sur l'importance de l'alliance thérapeutique, de 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 perdue ou devient complexe. À 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)

Les 2 autres thèmes, **communiquer/collaborer/réseauter avec les autres acteurs** et **arbitrer/défendre** sont dans une moindre mesure mentionnés par les MF/psychiatres. Le premier de ces thèmes qui regroupe l'organisation de rencontres, l'émission de recommandations et la recherche d'informations auprès des autres acteurs, s'illustre ainsi :

«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 notent que leur rôle est 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)

## **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**.

**Tableau 1**  
**Tâches/rôles des MF/psychiatres**

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques	Psy	MF
Évaluer/documenter	Santé physique et mentale de base		
	Effectuer un examen physique et demander des bilans sanguins afin d'exclure une condition physique/faire la gestion des laboratoires	X	X
	Faire une évaluation initiale puis monitorer l'évolution du patient	X	X
	Trouver et conserver de la documentation/des ressources pour les patients		X
	Symptômes et diagnostics liés à la santé mentale		
	Documenter les impressions diagnostiques et les réévaluer dans le temps, car possible évolution	X	X
	Demander au patient s'il a déjà été évalué antérieurement/réviser le dossier antérieur		X
	Évaluer tous les stressseurs présents, pas juste ceux liés au travail (p. ex. familiaux)		X
	Évaluer la sévérité des symptômes/évaluer les symptômes résiduels/remplir des échelles pour évaluer les symptômes du patient (p. ex. PHQ9)	X	X
	Faire un examen mental objectivant les difficultés du patient	X	
	Personnalité/attentes/besoins		
	Évaluer les attentes/besoins du patient		X
	Évaluer les problèmes les plus urgents/hierarchiser les problèmes du patient		X
	Évaluer les possibles gains secondaires ou les enjeux cachés du patient	X	X
	Évaluer la personnalité du patient/évaluer les enjeux passifs agressifs chez le patient	X	X
	Fonctionnement et tâches au travail		
	Évaluer les tâches de l'employé		X
	Contextualiser les symptômes du patient en considérant ses tâches au travail		X
	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
	Évaluer si le travail est positif ou si c'est un stressseur/évaluer si le travail nuit au patient ou si c'est une fuite		X
Comprendre le contexte/écosystème dans lequel le patient travaille	X	X	
Évaluer le fonctionnement au travail du patient et dans ses activités quotidiennes	X	X	
Évaluer les aspects d'orientation professionnelle plutôt que psychiatriques	X	X	

**Tableau 1, suite**  
**Tâches/rôles des MF/psychiatres**

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques	Psy	MF
	AT et son impact		
	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
	Identifier les alternatives à l'AT	X	X
	Faire de la psychoéducation auprès du patient sur les objectifs d'un AT	X	X
	Estimer périodiquement la pertinence de l'AT et sa durée/réévaluer l'indication d'un AT	X	X
	RAT		
	Évaluer la motivation du patient à retourner au travail	X	X
	Évaluer les obstacles au RAT	X	X
	Évaluer le bon dosage pour amorcer le RAT du patient (p. ex. suggestion pour un retour progressif adéquat selon sévérité)	X	X
	Préparer les prochaines rencontres avec le patient/parlé avec le patient de ses éventuelles difficultés		X
	Aspects administratifs		
	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	Alliance avec le patient		
	Conservé une alliance thérapeutique/être présent et à l'écoute du patient	X	X
	Respecter le rythme du patient		X
	Amener le patient à accepter le traitement proposé (médication, psychothérapie)/négocié sans être coercitif		X
	Au niveau psychologique		
	Faire de la psychoéducation/valider le patient durant le processus		X
	Informé et orienté les patients vers les ressources ou des sources d'aide disponible/faire des démarches pour les patients démunis ou vulnérables		X
	Prescrire et maintenir un cadre pour l'activation comportementale/donnée des conseils sur le sommeil/dirigé vers l'hôpital de jour	X	X
	Prescrire une psychothérapie	X	X



**Tableau 1, suite**  
**Tâches/rôles des MF/psychiatres**

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques	Psy	MF
	Prescrire une psychothérapie	X	X
	Prévenir plutôt que prescrire l'AT	X	X
	Au niveau pharmacologique		
	Prescrire et faire le suivi pharmacologique	X	X
	Changer le traitement faute d'amélioration, car invalidant pour le patient	X	
	AT, RAT ou contexte de travail		
	Considérer l'AT comme une prescription	X	
	Prescrire l'AT		X
	Parler du RAT dès le début de l'AT/parler du travail pendant l'AT		X
	Remplir les formulaires d'AT et faire des rapports aux assurances et employeurs	X	X
	Prescrire un RAT et ses modalités (accommodements et interventions dans le milieu du travail)	X	X
	Guider le patient et son anxiété d'appréhension liée au RAT	X	X
	Faire des simulations avec le patient dans une optique de RAT		X
	Prendre la relève du médecin de famille lorsque l'AT dure plus de 6 mois	X	
Communiquer/collaborer/réseau avec les autres acteurs tels que : assureur, employeur, patient et médecin traitant	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	
	Rappeler les autres acteurs lorsqu'un message leur est laissé		X
	Faire de la coordination du RAT	X	
	Normaliser le processus de RAT et du rétablissement	X	X
	Faire des recommandations aux médecins de famille et aux autres acteurs	X	
	Mobiliser/orienter l'employeur ou l'assureur pour intégrer des services de réadaptation	X	
	Référer le patient aux ressources humaines ou à son employeur		X
Arbitrer/défendre	Être ombudsman du patient	X	
	Rester médecin traitant et ne pas arbitrer les conflits du milieu du travail	X	
	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.

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 facilite leur tâche. 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 établir un diagnostic, assurer le suivi de la pathologie et sur cette base évaluer si le 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 précisent qu'évaluer un patient déjà connu et objectiver son évolution avec des échelles sont également 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, est évoquée la difficulté pour les MF/psychiatres à distinguer ce qui relève d'une fragilité psychique d'une part ou d'un milieu de travail dysfonctionnel d'autre part. 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 mentionnent également comme source d'irritation d'être forcés de retenir un diagnostic du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)* qui ne concorde pas toujours avec l'état clinique de 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 "fitte" 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'accordent à reconnaître que ce sont des facteurs facilitants au même titre que la prévention des rechutes. Les MF précisent 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 favorise le traitement et l'évolution du patient.

Les MF/psychiatres mentionnent plusieurs facteurs d'irritation, par exemple liés à des difficultés relationnelles ou lorsque le patient perçoit du harcèlement de la part des compagnies d'assurance. Les MF évoquent comme autre facteur irritant, le délai 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, au RAT ou au contexte de travail, les MF/psychiatres indiquent qu'il est ardu de gérer une reprise d'activité lorsque l'environnement de travail est le facteur causal du TMC. Les MF retiennent parmi les facteurs particulièrement irritants : la rédaction de formulaires d'invalidité longs et complexes ; la prescription d'un RAT sans avoir de liste d'accommodements possibles au travail ; et enfin la chronicisation des symptômes psychiatriques lorsque l'AT se prolonge en raison des ressources limitées.

« 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'accordent sur l'impact positif d'une concertation des acteurs ainsi que d'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 dans le suivi du dossier (p. ex. CORAT).

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

Plusieurs éléments gênants ont été exprimés par les MF et par les psychiatres : le sentiment de solitude, les déficiences des canaux 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 d'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 facilitateurs l'exécution des tâches**

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques	PSY	MF	Facteurs facilitateurs	PSY	MF
Évaluer/documenter	Facteurs gênants					
	Santé physique et mentale de base			Avoir recours à un accompagnateur ou une personne de l'entourage du patient pour obtenir de l'information collatérale		X
	Manquer de fiabilité dans les informations relatives par le patient/manque d'informations collatérales	X	X	Avoir les rapports étoffés des experts ou des autres professionnels (p. ex. : psychologue, psychiatre) et en discuter avec le patient	X	X
	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	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
	Évaluer un patient qu'on ne connaît pas (p. ex. au sans rendez-vous) ou un patient d'un collègue		X	Évaluer un patient déjà connu/quand le médecin traitant connaît bien le patient		X
	Naviguer à travers une évolution constante de la science médicale qui rend l'évaluation complexe		X	Avoir une gestion de la reprise professionnelle par le même médecin (pas de multiples prescripteurs)		X
	Avoir de la difficulté à établir le bon diagnostic, de ne pas étiqueter le patient					
	Évaluer la présence de comorbidités (p. ex. fibromyalgie, trouble de personnalité)		X			
	Personnalité/attentes/besoins			Créer des outils maison		X

**Tableau 2, suite**  
**Facteurs gênants et facilitateurs l'exécution des tâches**

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques	PSY	MF	Facteurs facilitateurs	PSY	MF
	Facteurs gênants	X	X			
	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					
	Avoir de la difficulté à connaître les attentes précises du patient		X			
	Remarquer la présence de gains secondaires chez le patient	X	X			
	Avoir de la difficulté à évaluer l'option qui est le plus bénéfique pour le patient : AT ou autre ?		X			
	Gérer la présence d'idées préconçues chez les patients relativement à l'AT, le RAT ou à un acteur du RAT		X			
	Fonctionnement et tâches au travail					
	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
	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
	Avoir de la difficulté à distinguer la pathologie individuelle du patient de la pathologie institutionnelle du milieu de travail	X				
	AT et son impact					

**Tableau 2, suite**  
**Facteurs gênants et facilitateurs l'exécution des tâches**

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques	PSY	MF	Facteurs facilitateurs	PSY	MF
	Facteurs gênants					
	Évaluer un contexte professionnel quand c'est l'employeur qui est identifié comme le responsable de l'AT	X				
	RAT					
	Recevoir une demande d'estimation d'une date de RAT qui est inconnue du médecin traitant		X			
	Avoir des difficultés à évaluer les réels besoins du patient concernant son RAT (p. ex. besoin de reconnaissance, difficultés financières)	X	X			
	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			
	Accompagner un patient qui présente de l'anxiété, des appréhensions face au RAT	X	X			
	Aspects administratifs					
	Manquer de temps pour faire une évaluation complète	X	X	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		X
	Ne pas savoir à quelle fréquence il est recommandé de revoir son patient		X			
	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			
	Évaluer un patient par télé-médecine qui ne permet pas un examen complet		X			

**Tableau 2, suite**  
**Facteurs gênants et facilitateurs l'exécution des tâches**

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques	PSY	MF	Facteurs facilitateurs	PSY	MF
	Facteurs gênants					
	Avoir un manque de support clérical/beaucoup trop de travail administratif dans le cadre de la gestion de la reprise professionnelle	X	X			
Prescrire/traiter				Connaître tous les enjeux administratifs significatifs	X	X
	Alliance avec le patient					
	Avoir à gérer un transfert et contre-transfert, une relation thérapeutique difficile ou une personnalité difficile chez certains patients	X	X	Développer une alliance thérapeutique avec le patient	X	X
	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	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
	Traiter un patient peu engagé face au traitement, non-engagé dans le rétablissement, non-observe au traitement	X	X			
	Craindre de faire des certificats de complaisance	X				
	Avoir des délais avant que le patient se sente à l'aise d'essayer une médication et/ou de la psychothérapie		X			
	Au niveau psychologique					
	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			

**Tableau 2, suite**  
**Facteurs gênants et facilitateurs l'exécution des tâches**

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques		Facteurs facilitateurs		PSY	MF
	Facteurs gênants		PSY	MF		
	Suivre un patient qui est stigmatisé par ses proches/sa famille en raison de sa santé mentale, ce qui occasionne un manque de soutien		X			
	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		
	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		X
	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		
	Avoir des frais élevés associés à la psychothérapie au privé			X		
	Avoir un manque de connaissances quant à toutes les ressources qui existent en santé mentale			X		
						Avoir accès à une thérapie de groupe axée sur le RAT qui a un effet normalisant pour les participants
						Considérer le travail comme un outil thérapeutique, quand le travail est valorisant
	Au niveau pharmacologique					
	Gérer la stigmatisation face à la prise d'antidépresseurs des patients			X		



**Tableau 2, suite**  
**Facteurs gênants et facilitateurs l'exécution des tâches**

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques		PSY		MF		PSY	MF
	Facteurs gênants	Facteurs facilitateurs						
	Attendre de longs délais avant d'observer un effet bénéfique du traitement pharmacologique sur le patient			X				
	Gérer le traitement pharmacologique (p. ex. gestion des effets secondaires)			X				
	Devoir travailler avec certaines compagnies d'assurance qui exigent un traitement pharmacologique			X				
	AT, RAT ou contexte de travail							
	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 non pas être traités		X		X			
	Traiter un patient qui a vécu un trauma dans son milieu de travail				X			
	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			X
	Avoir des délais restreints pour remplir les formulaires ou au contraire des formulaires qui arrivent tardivement						X	

**Tableau 2, suite**  
**Facteurs gênants et facilitateurs l'exécution des tâches**

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques	PSY	MF	Facteurs facilitateurs	PSY	MF
	Facteurs gênants					
	Prescrire un RAT sans graduation progressive qui considère les restrictions liées au travail		X	Avoir une liste d'aménagements possibles par l'employeur/avoir des aménagements de RAT encadrés par la CNESST qui favorisent un RAT durable	X	X
	Travailler avec un patient qui ne connaît pas ses droits en termes de RAT		X			
	Observer une chronicisation des symptômes lors de longs AT/AT qui n'est plus thérapeutique peut nuire au patient		X	Parler de RAT avec le patient précocement lors d'un AT Avoir une évolution favorable dans la majorité des AT		X
Communiquer/collaborer/ Réseauter avec les autres acteurs tels que : assureur, employeur, médecin traitant	Avoir de la difficulté à rester objectif et empathique face à son patient		X			
	Ressentir une solitude liée au fait de porter seul le fardeau du RAT		X	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 Avoir accès à un psychiatre ou à une ligne d'accès téléphonique/suivie conjoint avec un psychiatre/plus grande crédibilité de l'opinion du psychiatre par le patient	X	X
	Avoir une méconnaissance des rôles des divers acteurs		X			
	Avoir conscience d'une pauvre convergence et cohésion entre les acteurs		X	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

**Tableau 2, suite**  
**Facteurs gênants et facilitateurs l'exécution des tâches**

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques		PSY	MF	Facteurs facilitateurs	PSY	MF
	Facteurs gênants	Facteurs facilitateurs					
	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				
	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	Avoir accès à un <i>Case manager</i> /intervenant pivot (p. ex. CORAT)	X	X
	Avoir des canaux de communication déficitaire entre les acteurs/communication principalement via les formulaires.		X	X	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
	Respecter le secret professionnel qui limite les communications entre les acteurs			X			
	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	Avoir un plan de RAT élaboré par l'ergothérapeute et accepté par tous les acteurs		X
	Remarquer la formation lacunaire/pauvre connaissance médicale chez certains agents d'assurance		X	X			
	Travailler avec des politiques organisationnelles perçues comme rigides de certains employeurs, assureurs ou représentants syndicaux		X	X			
	Remarquer des préjugés chez l'employeur par rapport au problème de santé mentale/insistance de l'employeur pour un RAT précoce		X	X	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
	Faire des appels au bureau de santé de l'employeur afin de justifier un RAT progressif			X	Connaître les politiques de RAT des employeurs		X

**Tableau 2, suite**  
**Facteurs gênants et facilitateurs l'exécution des tâches**

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques	PSY	MF	Facteurs facilitateurs	PSY	MF
Arbitrer/défendre	Facteurs gênants					
	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			
	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			
	Avoir des contraintes médico-légales		X			
	Pratiquer au sein d'une société qui stigmatise les troubles mentaux		X			
	Observer une grande variabilité dans les pratiques relativement à la gestion de la reprise professionnelle		X	Être formé sur la gestion des AT pour parfaire ses compétences/avoir de la formation sur la santé mentale		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.

### Troisième 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/psychiatres. Le thème le plus souvent abordé est **prescrire/traiter** et dans une moindre mesure les 3 autres.

**Prescrire/traiter.** Les MF/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 ainsi que 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 expriment le besoin d'avoir un formulaire d'assurance simplifié, unique et intégré au dossier médical électronique.

**Communiquer/collaborer/réseauter.** Plusieurs besoins ont été identifiés par les MF et psychiatres, incluant le travail en équipe et la connaissance du rôle 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 proactives 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**  
**Facteurs gênants et facilitateurs l'exécution des tâches**

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques	Psy	MF
Évaluer/documenter	Santé physique et mentale de base		X
	Savoir comment coter une échelle d'évaluation globale de fonctionnement		X
	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	
	Comprendre la distinction entre les diagnostics du DSM5, le burnout et le surmenage		X
	Connaître les causes biopsychosociales de l'invalidité	X	
	Fonctionnement et tâches au travail		X
	Avoir de l'employeur une description des tâches du patient		X
	Savoir comment évaluer les limitations et restrictions fonctionnelles	X	
	Aspects administratifs		X
	Avoir un formulaire unique, bref et dynamique intégré au dossier médical électronique		X
Prescrire/traiter	Alliance avec le patient		X
	Savoir comment gérer des patients difficiles	X	
	Au niveau psychologique :		X
	Avoir des documents pour la psychoéducation des patients (p. ex. livre)		X
	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
	Avoir accès à de la thérapie de groupe pour le RAT du patient	X	
	Travailler avec un employeur qui fournit des ressources, dont des psychologues et ergothérapeutes		X
	Au niveau pharmacologique :		X
	Recevoir de la formation sur la gestion pharmacologique		X
	AT, RAT ou contexte de travail :		X

**Tableau 3, suite**  
**Facteurs gênants et facilitateurs l'exécution des tâches**

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques	Psy	MF
	Connaître les indications d'un AT et ses balises/connaître l'évolution attendue d'un AT, savoir ce qui est anormal	X	X
	Savoir comment prescrire/remplir les formulaires d'assurance	X	X
	Connaître les accommodements envisageables dans les milieux de travail pour les patients avec un TMC	X	X
	Recevoir de la formation sur la gestion du RAT/savoir comment établir le bon moment pour un RAT		X
	Avoir une gradation des exigences liées à l'emploi afin de prescrire un RAT progressif adapté (p. ex. différents paliers de RAT progressif)		X
	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 tienne compte de ses capacités		X
	Avoir accès à un intervenant pivot comme un CORAT (même dans le système public)	X	X
	Avoir de la formation sur toutes les étapes du processus de RAT	X	X
	Connaître les rôles des différents acteurs, incluant ceux du médecin traitant	X	X
Communiquer/collaborer/réseau	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
ter avec les autres acteurs tels que : assurance, employeur, patient et médecin traitant	Intégrer la formation sur la réadaptation au travail dans les cursus médicaux	X	X
	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
	Avoir des milieux de travail sensibles aux problématiques relatives à la santé mentale/travaillées avec un employeur proactif qui écarte du milieu de travail ce qui a précipité/déclenché les AT		X
	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
	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	Accompagner un patient à démissionner de son travail, lorsque nécessaire	X	
	Comprendre le contexte des assureurs publics (CNESST, IVAC, SAAQ) et privés/comment mieux représenter le patient	X	X
	Avoir des outils/canaux de communication pour mieux connaître l'environnement de travail	X	X

**Tableau 3, suite**  
**Facteurs gênants et facilitateurs l'exécution des tâches**

Thèmes	Sous-thèmes et Unités thématiques	Psy	MF
	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.



## 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.

### 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 s'adressent 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 participant à l'étude précisent qu'ils prennent 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 pour 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 tableau clinique de leurs patients. Ils expliquent que ces manquements augmentent les durées des AT.

Les MF et les psychiatres témoignent de la complexité de leur tâche relative aux AT liés 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 inhérentes, tout en conservant une alliance thérapeutique avec le patient. Dewa et al. (2015) ajoutent que les MF et les psychiatres sont mal à l'aise de fournir certaines informations dans le 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 sur 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. Sturesson 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 les psychiatres non seulement dans la prescription d'un AT ou d'un RAT, mais aussi dans la rédaction du formulaire d'invalidité exigé par les compagnies d'assurance.

Un autre besoin identifié par les MF et les psychiatres est celui d'avoir une liste d'accommodements possibles en milieu de travail. On trouve dans la littérature scientifique plusieurs articles abordant les accommodements de travail pour les patients avec un TMC (Negrini et al., 2018; Bolo et al., 2013). Ces accommodements 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 de TMC durant l'année suivante. 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.

### **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, ils expriment le souhait d'avoir accès à un professionnel de santé et du travail (p. ex. CORAT), en mesure de recommander un plan de RAT personnalisé, tenant compte du milieu du travail et de l'état de santé du patient. À ce titre, plusieurs auteurs spécifient le rôle du CORAT comme l'acteur pivot pour, entre autres, identifier les barrières du RAT (Corbière et al., 2022a; 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, RH).

Dans nos groupes de discussion, plusieurs MF et psychiatres souhaitent disposer de plus de ressources pour traiter leurs patients avec un TMC, notamment sur le plan psychologique. Les MF souhaitent une plus grande implication des assureurs et employeurs en vue de fournir à leurs patients des services en psychologie et en ergothérapie. Les psychiatres quant à eux recommandent 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 et al., 2022b).

### **Communiquer/collaborer/réseauter avec les autres acteurs**

Dans les groupes de discussion, les MF et psychiatres s'accordent 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 le sentiment 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 souhaitent 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<sup>tr</sup>, 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 données, encore méconnues des cliniciens, gagneraient certainement à être présentées dans un module de formation.

### **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 des difficultés 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; Wynne-Jones et al., 2010; Stureson et al., 2013). LeTrilliart et Barrau (2012) précisent d'ailleurs 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 exercice.

### **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, 2 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, ce qui pourrait être une seconde étape dans ce créneau de recherche.

### **CONCLUSION**

Jusqu'à maintenant, peu d'études canadiennes ont examiné la perception des MF et des 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, telles que le développement d'outils d'évaluation cliniques, tout en considérant les conditions de l'environnement de travail de leurs patients, afin d'optimiser les chances d'un RAT pérenne chez les personnes aux prises avec un TMC.

## RÉFÉRENCES

- 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, Löve J, Ahlborg Jr, G., 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 Fam Pract*, 19(1), 133.
- Bolo, C., Sareen, J., Patten, S., Schmitz, N., Currie, S. et Wang, J. L. (2013). Receiving workplace mental health accommodations and the outcome of mental disorders in employees with a depressive and/or anxiety disorder. *J Occup Environ Med*, 55 (11), 1293–1299.
- Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Bastien, M.-F., Wathieu, E., Bouchard, R., Pannacio, 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. *J Occup Rehabil*. Epub ahead of print October 31, 2019. DOI : [10.1007/s10926-019-09861-2](https://doi.org/10.1007/s10926-019-09861-2)
- 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.
- Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Lecomte, T., Guay, S. et Panaccio, A. (2022a). Developing a collaborative and sustainable return to work program for employees with common mental disorders: a participatory research with public and private organizations. *Disabil Rehabil*, 44(18), 5199–5211.
- Corbière, M., Lachance, J.-P., Jean-Baptiste, F., Hache-Labelle, C., Riopel, G. et Lecomte, T. (2022b). Healthy Minds: Group Cognitive-Behavioral Intervention for Sustainable Return to Work After a Sick Leave Due to Depression. *J Occup Rehabil*, 1–10.
- 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., Chau, N. et Dermer, S. (2010). Examining the Comparative Incidence and Costs of Physical and Mental Health-Related Disabilities in an Employed Population. , 52(7), 758–762.
- 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.
- 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.
- 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. *J Occup Rehabil*, 31675–698.
- Edlund, C. et Dahlgren, L. (2002) The physician's role in the vocational rehabilitation process. *Disabil Rehabil*, 24 (14), 727–733.
- Furlan, A. D., Harbin, S., Vieira, F. F., Irvin, E., Severin, C. N., Nowrouzi-Kia, B., Tiong, M. et Adishes, A. (2022). Primary Care Physicians' Learning Needs in Returning Ill or Injured Workers to Work. A Scoping Review. *J Occup Rehabil*, 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. *Scand J Public Health*, 37(1), 57–63.
- Gignac, M. A., Bowring, J., Tonima, S., Franche, R.-L., Thompson, A., Jetha, A., Smith, P., Masdermid, J. C., Shaw, W. S., Van Eerd, D., Beaton, D. E., Irvin, E., Tompa, E. et Saunders, R. (2022). A Sensibility Assessment of the Job Demands and Accommodation Planning Tool (JDAPT): A Tool to Help Workers with an Episodic Disability Plan Workplace Support. *J Occup Rehabil*, 1–15.
- Hiscock, J., Ritchie, J. et Jones, A.-M. (2001). *The role of GPs in sickness certification*. Corporate Document Services.

- 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.
- Joosen, M. W. C., Lugtenberg, M., Arends, I., van Gestel, H. J. A. W. M., Schaapveld, B., Terluin, B., van Weeghel, J., van der Klink, J. J. L. et Brouwers, E. P. M. (2022). 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. *J occup Rehabil*, 32(2), 272-283. doi: [10.1007/s10926-021-10004-9](https://doi.org/10.1007/s10926-021-10004-9)
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: Introducing focus groups. *BMJ*, 311 (7000), 299–302.
- Kitzinger, J., Markova, I. et Kalampalikis, N. (2004). Qu'est-ce que les focus groups ? *Bull Psychol*, 57237–243.
- 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. *J Occup Rehabil*, 24(2):242–267.
- Letrilliart, L. et Barrau, A. (2012). Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: A systematic review. *Eur J Gen Pract*, 18(4), 219–228.
- 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 Fam Pract*, 13 (100967792), 82.
- Morgan, D. L., Krueger, R. A. et King, J. A. (eds). (1998). *Focus group kit*. SAGE Publications.
- Negrini, A., Corbière, M., Lecomte, T., Coutu, M.-F., Nieuwenhuijsen, K., St-Arnaud, L., Durand, M.-J., Gagnano, A., et Berbiche, D. (2018). How can supervisors contribute to the return to work of employees who have experienced depression? *J Occup Rehabil*, 28279–288.
- Organisation mondiale de la Santé. (2023, avril). *L'OMS souligne qu'il est urgent de transformer la santé mentale et les soins qui lui sont consacrés*. 2022. <https://www.who.int/fr/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
- 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 J Prev Assess Rehabil*, 59(3), 449–462.
- Söderberg, E. et Alexanderson, K. (2003). Sickness certification practices of physicians: a review of the literature. *Scand J Public Health*, 31(6), 460–474.
- Soklaridis, S., Tang, G., Cartmill, C., Cassidy, J. D. et Anderson, J. (2011). «Can you go back to work?» : Family physicians' experiences with assessing patients' functional ability to return to work. *Can Fam Physician Med Fam Can*, 57(2), 202–9.
- Statistique Canada. (2021). *Augmentation de l'incapacité liée à la santé mentale chez les travailleurs canadiens pendant la pandémie, 2021*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220304/dq220304b-fra.pdf> (accessed March 13, 2023).
- Steinberg, J. (2011). Working with common psychiatric problems. Dans J. B. Talmage, J. M. Melhorn et M. H. Hyman (eds). *AMA guides to the evaluation of work ability and return to work*. American Medical Association.
- Stigmar, K., Grahn, B. et Ekdahl, C. (2010). Work ability – experiences and perceptions among physicians. *Disabil Rehabil*, 32(21), 1780–1789.
- Sturesson, M., Edlund, C., Fjellman-Wiklund, A., Falkdal, A. H. et Bernspang, B. (2013). Work ability as obscure, complex and unique: Views of Swedish occupational therapists and physicians. *Work*, 45(1), 117–128.
- 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 Fam Pract*, 17(100967792), 71.
- Wahlström, R. et Alexanderson, K. (2004). Chapter 11. Physicians' sick-listing practices. *Scand J Public Health*, 32(63\_suppl):222–255.
- 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. *Scand J Prim Health Care*, 28(2), 67–75.
- Yanar, B., Kosny, A. et Lifshen, M. (2019). Perceived role and expectations of health care providers in return to work. *J Occup Rehabil*, 29212–221.
- Young, A. E., Wasiak, R., Roessler, R. T., McPherson, M. K., Anema, J. R. et van Poppel, M. N. M. (2005). Return-to-Work Outcomes Following Work Disability: Stakeholder Motivations, Interests and Concerns. *J Occup Rehabil*, 15(4), 543–556.