



Problématique et possibilités d'intervention chez les patients présentant des problèmes psychiques au travail

«Comment cela va-t-il au travail?»

Niklas Baer

Leiter Fachstelle Psychiatrische Rehabilitation, Psychiatrie Baselland

Les patients présentant des problèmes et difficultés psychiques significatifs sur leur lieu de travail sont fréquents au cabinet de médecine de famille. En même temps, les problèmes rencontrés au travail constituent un thème explicite plutôt rare en consultation. Il n'existe jusqu'à présent guère de recommandations fondées indiquant si et comment les médecins de famille peuvent intervenir de manière active lorsque leurs patients atteints de maladies psychiques présentent des problèmes au travail.

Les patients atteints de maladies psychiques présentent souvent des problèmes au travail

Les médecins de famille savent qu'un grand nombre de leurs patients souffrent de problèmes psychiques qui ont des répercussions sur la capacité de travail. Selon des études épidémiologiques, une part importante de la population présente un trouble psychique pouvant être diagnostiqué: au cours des 12 derniers mois (prévalence annuelle), au moins 25–30% ont eu au minimum un trouble psychique. Les troubles psychiques particulièrement fréquents sont les troubles anxieux, les dépressions, la dépendance aux substances ainsi que les troubles de somatisation et de la personnalité. La plupart de ces personnes atteintes de maladies psychiques entrent en consultation au cabinet de médecine de famille ou sont vus au service de médecine interne générale de l'hôpital, même s'il s'agit souvent d'une cause somatique. Près d'un tiers des patients au cabinet de médecine de famille présente un trouble psychique ou des problèmes psychiques significatifs. Il convient de mentionner que, d'une part, près de 75% des malades psychiques exercent une activité professionnelle et que, d'autre part, 75% de ces patients atteints de maladies psychiques et professionnellement actifs ont des problèmes au travail, par exemple une réduction de la productivité [1]. Par ailleurs, les collaborateurs souffrant de problèmes psychiques présentent des incapacités de travail plus fréquentes et de durée particulièrement longue.

Une exclusion croissante malgré la professionnalisation des aides

Au cours des dernières décennies, les aides destinées aux malades psychiques se sont considérablement développées, en particulier en termes de traitement psychiatrique, médical de base, psychologique et psychothérapeutique, mais aussi grâce à la création de centres de consultation spécialisés et de services internes spéciaux tels que le conseil social d'entreprise et le *case management* interne, etc. Dans le monde entier, la Suisse affiche par exemple de loin la plus forte concentration de psychiatres: elle compte ainsi en moyenne 1 psychiatre pour environ 2000 habitants. A l'heure actuelle, près de 500 000 Suisses suivent chaque année un traitement psychiatrique privé ou institutionnel [2]. En principe, notre santé psychique ne devrait donc pas cesser de s'améliorer. Pourtant, en Suisse comme dans de nombreux autres pays industrialisés, l'exclusion du marché du travail de personnes présentant des troubles psychiques a fortement augmenté. Au cours des 30 dernières années, les mises en invalidité pour des raisons psychiques ont plus que quadruplé, tandis que les mises en invalidité pour d'autres raisons ont augmenté de «seulement» 40%, c'est-à-dire 10 fois moins. Actuellement, une nouvelle rente sur deux est octroyée en raison d'une maladie psychique. Il en va de même pour les incapacités de travail: les incapacités de travail pour des raisons psychiques ont fortement augmenté et engendrent actuellement pour de nombreux assureurs d'indemnités journalières maladie les coûts les plus élevés, supérieurs encore à ceux liés aux troubles de l'appareil locomoteur.

Un succès moindre chez les assurés atteints de maladies psychiques malgré les réformes de l'AI

Le nombre encore considérable de mises en invalidité chez les personnes très jeunes représente un problème particulier en Suisse. Tandis qu'au cours des 12 dernières années, l'AI a permis dans l'ensemble de réduire fortement les accès aux rentes grâce à un régime plus strict (législation plus rigoureuse, création de services médicaux propres à l'AI, les services médicaux régionaux SMR, etc.), cela a totalement échoué chez les jeunes assurés. De manière générale, les réformes de l'AI des 10 dernières années ont été beaucoup moins efficaces chez les malades psychiques que chez les malades somatiques et n'ont connu aucun succès chez les nouveaux jeunes bénéficiaires de rentes atteints de maladies psychiques. C'est pourquoi la dernière réforme de l'AI, qui a été discutée au parlement début 2017, prévoit principalement quatre priorités: l'amélioration des mesures pour les malades psychiques et pour les jeunes ainsi que le renforcement de la collaboration entre les médecins et les employeurs. Dans quel contexte s'inscrit cette nouvelle réforme de l'AI, ou plus précisément quelles barrières continuent d'entraver une meilleure intégration des patients

atteints de maladies psychiques? Dans son analyse, l'OECD (*Organisation for Economic Cooperation and Development*) parvient à la conclusion qu'il manque en Suisse une collaboration entre les médecins et les employeurs et, de manière générale, une collaboration entre les psychiatres/médecins de famille avec formation psychiatrique et tous les «profanes» confrontés particulièrement tôt à des personnes présentant des problèmes psychiques au travail: enseignants, formateurs, employeurs, *case managers*, personnel de l'assurance chômage et de l'aide sociale, etc. [3]. Ce qui fait défaut en Suisse, ce ne sont pas les experts et les offres spécialisées, mais l'échange d'informations et la coopération entre eux.

Au vu de l'expérience pratique et de l'état de la recherche, la suite de l'article mentionne certains problèmes centraux et décrit des possibilités d'intervention pratique pour le médecin de famille.

Dépistage précoce des problèmes psychiques au travail

Les maladies psychiques ainsi que les éventuels handicaps dans le domaine de la formation et du travail débutent généralement très tôt: 50% des troubles psychiques commencent avant la 15^e année de vie [4] – cela



est également valable pour les rentiers AI aux motifs psychiques [5]. Jusqu'à la 25^e année de vie, 75% des troubles psychiques ont déjà débuté, ce qui signifie que le patient de médecine de famille «normal» souffrait déjà de problèmes psychiques au travail ou d'un «burnout» au moment de son entrée sur le marché du travail.

Par conséquent, lorsque par exemple un patient âgé de 40 ans décrit à son médecin de famille des problèmes psychiques au travail ou une situation professionnelle mentalement éprouvante ou préjudiciable (mauvais comportement de la direction ou conditions de travail défavorables, etc.), il faut savoir que les conditions de travail négatives ne sont généralement pas à elles seules responsables de la crise. Les mauvaises conditions de travail et les dirigeants maladroits voire même nuisibles existent, mais les collaborateurs en bonne santé psychique peuvent généralement y faire face ou changent de poste. Un burnout «pur» exclusivement dû à des circonstances extérieures négatives constitue une exception plutôt rare.

D'où l'importance pour les médecins de famille d'interroger régulièrement les patients actifs présentant des particularités psychiques sur leur situation de travail lors d'une sorte de «dépistage». S'il en ressort la présence de problèmes psychiques significatifs et/ou de longue durée au travail, l'interrogatoire doit être approfondi. S'il s'avère que le patient présente un problème psychique systématique au travail, il convient d'envisager de l'adresser à un psychiatre et de discuter avec le patient d'une éventuelle prise de contact avec l'employeur.

Analyse des problèmes de travail

Il vaut la peine de discerner les problèmes de travail de manière pragmatique mais précise. Seule une analyse claire des problèmes de travail permet d'en déduire des interventions appropriées. Cela semble banal, mais n'est pas si simple et, par expérience, quasiment jamais réalisé, ni par les médecins de famille, ni par les psychiatres ou les responsables de l'insertion des offices AI ou des établissements de réadaptation.

Enquête concernant les déficits fonctionnels

L'analyse des problèmes de travail inclut en premier lieu une enquête concernant les principaux déficits fonctionnels liés à la maladie (tab. 1).

Enquête concernant le ressenti du patient

Dans un deuxième temps, il convient de prendre connaissance des principales appréhensions et attentes liées au travail que ressent le patient et de les comprendre. Cela est essentiel car la plupart des patients atteints de maladies psychiques ont des craintes professionnelles spécifiques. Tant que ces enquêtes ne sont pas explicitement menées, ces craintes entravent la recherche de solutions en raison du comportement d'évitement. Une fois la principale appréhension du patient mise à jour, il est en revanche possible de discuter avec lui des possibilités de compensation. Il s'agit souvent de la peur (renouvelée) d'échouer, de se retrouver à nouveau dans une situation de conflit, de redevenir instable sur le plan psychique ou d'être critiqué par son supérieur. De manière générale, il est essentiel de comprendre le point de vue subjectif du patient, mais pas nécessairement d'y adhérer. Certains patients dressent une évaluation très réaliste de leurs problèmes, tandis que d'autres ont une perception (sociale) déformée. Ainsi par exemple, les patients présentant un trouble de la personnalité perçoivent généralement l'origine du problème dans leur environnement plutôt que chez eux-mêmes et se sentent menacés («mobbing»), ou les patients dépressifs et anxieux sous-estiment leur capacité de performance.

Tableau 1: Déficiences fonctionnelles liées à la maladie (exemples).

Patients dépressifs	<ul style="list-style-type: none"> – Concentration – Résistance à la fatigue (épuisement rapide) – Initiative personnelle – Flexibilité – Rythme de travail
Patients avec problèmes d'anxiété	<ul style="list-style-type: none"> – Prise de responsabilités – Rythme de travail (par peur de faire une erreur) – Volonté réduite de prendre des décisions – Évitement de situations stressantes (s'exposer, contacts sociaux, etc.) – Absences (car les patients ne parviennent pas à parcourir le chemin vers le lieu de travail par peur d'être pris d'une crise de panique)
Troubles de la personnalité «dramatiques» (émotionnellement instable, narcissique, etc.)	<p>Dans le domaine de performance:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Endurance – Constance – Précision – Pertinence <p>Dans le domaine social:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tolérance à la frustration – Résistance au stress – Ouverture – Prise de responsabilités (c'est toujours de la faute des autres) – Empathie – Capacité à accepter les critiques – Discernement <p>(Les déficits varient en fonction de la nature du trouble de la personnalité, par exemple chez les personnes présentant des comportements d'anxiété et d'évitement)</p>
Patients schizophrènes	<p>Troubles de la pensée:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Concentration – Planification et organisation des tâches – Pouvoir d'abstraction – «Multitasking»

Enquête concernant les modèles typiques de problèmes dans le parcours professionnel

Troisièmement, il convient de recueillir les éventuels modèles typiques de problèmes du patient rencontrés jusqu'à présent dans son parcours professionnel. Etant donné que les troubles psychiques débutent tôt, ont généralement une évolution récurrente ou continue et qu'en même temps, la plupart des maladies psychiques exercent une activité professionnelle, les patients ne présentent normalement pas de parcours professionnel «prémorbide», mais un parcours professionnel *avec* ou *malgré* le handicap psychique. En demandant au patient à quel poste de travail il a plutôt bien ou plutôt mal fonctionné, le médecin de famille peut donc tirer des conclusions essentielles relatives aux conditions de travail dans lesquelles le patient pourra à l'avenir mieux fonctionner et aux problèmes ayant typiquement mené à la dissolution du rapport de travail. Etant donné que près des deux tiers des patients atteints de maladies psychiques présentent un modèle typique de problèmes dans leur parcours professionnel, il en découle ainsi rapidement des indications pertinentes.

Là où cela est nécessaire: l'anamnèse par un tiers

Lors de l'enquête sur le parcours professionnel, il faut également être conscient du fait que tous les patients ne sont pas en mesure d'identifier les problèmes de manière adéquate. Il est indiqué de contacter l'(ancien) employeur et de s'enquérir de son point de vue en particulier lorsque, selon le patient, des problèmes causés par des tiers ont émergé à différents postes, lorsqu'il a été licencié au moins une fois, qu'il a occupé de nombreux emplois pour une courte durée ou qu'un déclin professionnel peut globalement être observé. Evidemment, cela est uniquement possible avec l'accord du patient («Je ne comprends encore pas bien la problématique. Pourrais-je parler à votre ancien employeur pour connaître également son point de vue? Cela m'aiderait à mieux vous conseiller»). Par expérience, la plupart des patients se sentent finalement soulagés par une telle offre.

Indications, objectifs, besoins et avantages de l'analyse

Une analyse minutieuse du parcours professionnel est indiquée chez les patients que le médecin de famille connaît depuis longtemps, qui présentent des particularités psychiques (même s'ils consultent pour une autre raison) et rencontrent des problèmes significatifs et/ou récurrents sur leur lieu de travail.

L'objectif de l'analyse n'est pas de dresser la liste exhaustive des déficits fonctionnels à tous les postes, mais de dégager le problème principal au travail et si

possible d'identifier un modèle typique de problèmes. Par exemple, un patient plutôt anxieux et peu flexible, qui a fréquemment connu au cours de son parcours professionnel des crises «dépressives» face à des modifications extérieures (de l'entreprise) et a été placé en arrêt de travail, et pour lequel une réinsertion professionnelle après une période d'incapacité de travail a été à chaque fois très difficile. L'objectif de l'analyse n'est pas l'exhaustivité, mais la clarté, c'est-à-dire la représentation simple de la problématique principale. Un autre objectif constitue à identifier les «adaptations professionnelles» possibles: les postes de travail auxquels le patient a jusqu'à présent plutôt bien fonctionné donnent des indications concernant les adaptations de l'environnement de travail (ergonomie) à l'avenir nécessaires. Celles-ci peuvent considérablement varier: par exemple, davantage de travail individuel et un supérieur très clair mais valorisant avec des «règles du jeu» transparentes (en présence de problèmes relationnels typiques), une tâche en série très structurée avec feed-back régulier (par ex. schizophrénie) ou de brèves pauses plus fréquentes et le contrôle des activités professionnelles chez les personnes dépressives (en raison de l'épuisement ou du risque d'erreurs dues à un manque de concentration), etc.

Avec un peu de pratique, une telle enquête requiert approximativement deux consultations de 30 minutes. Au bout de 30 minutes d'interrogatoire approfondi, le médecin de famille a déjà souvent une impression précise des problèmes principaux et des possibilités d'intervention, surtout lorsqu'il connaît le patient depuis longtemps.

Une telle analyse présente un potentiel considérable: d'une part, le médecin de famille est ainsi en mesure de fournir au patient des conseils fondés face aux problèmes de travail, de discuter avec lui de manière plus sûre des options relatives à la révélation du problème psychique ou, le cas échéant, de proposer avec plus de conviction un entretien commun avec l'employeur, etc. Par ailleurs, le médecin de famille peut, avec ces connaissances, rédiger un rapport médical AI (les rapports médicaux AI fondés constituent une aide précieuse pour la planification de l'insertion) ou encore informer le *case manager* des assureurs d'indemnités journalières maladie et, au bout du compte, mieux décider si et sous quelle forme il souhaite mettre le patient en arrêt maladie dans le cas présent. Tout cela sert à rendre plus efficaces les mesures destinées au maintien de l'emploi, au retour au poste de travail après un arrêt maladie et à la réinsertion après la perte d'emploi. Le médecin doit être conscient du fait que les professionnels non médicaux n'ont généralement pas ces connaissances de base décisives pour l'intégration.

Gestion des certificats d'incapacité de travail

Les arrêts maladie ont des répercussions significatives sur le plan de la réhabilitation – ils peuvent être à la fois très utiles mais aussi très nuisibles pour le maintien de l'emploi et la reprise du travail. Cela tient au fait qu'ils exercent un effet non seulement sur le patient, mais aussi sur l'environnement de travail. Les arrêts maladie que l'environnement de travail ne peut pas comprendre (arrêts soudains, de très longue durée, répétés ou certificats provenant de divers médecins) peuvent susciter un certain mécontentement (sentiment d'injustice) et réduire l'obligance des dirigeants et des collègues. Cela vaut particulièrement pour les arrêts maladie directement après une vexation du patient en raison d'un blâme, d'un licenciement ou émanant d'un conflit. Le patient se voit par exemple retirer l'opportunité de quitter l'entreprise la tête haute suite à un licenciement offensant, ce qui aurait pu l'aider pour la future recherche d'emploi.

Par expérience, le médecin ne devrait, dans la mesure du possible, pas prescrire d'arrêt maladie dans des situations marquées par un conflit professionnel en cours ou une offense à l'égard du patient, mais plutôt chercher à entrer en contact avec l'employeur. Cela vaut également pour les patients présentant un modèle de résolution des problèmes caractérisé par la crainte et l'évitement et qui souhaitent toujours un congé maladie. Enfin, dans le cadre de mesures AI en cours, il ne faut pas se contenter de prescrire un arrêt maladie sans prendre contact avec l'office AI. Les mesures d'intégration provoquent généralement stress et anxiété qui doivent d'abord faire l'objet d'une discussion.

En présence d'une problématique de santé significative (par ex. une grave dépression), un arrêt maladie de durée prolongée s'impose souvent. Dans ce cas, il est d'autant plus important de prendre précocement contact avec l'employeur et le *case manager* pour planifier ensemble la réinsertion progressive, tout en trouvant le bon équilibre entre prévenance et assurance. Il peut souvent s'avérer utile de reprendre le travail dans une tentative thérapeutique (poursuivre l'arrêt maladie complet, mais avec une présence partielle sur le lieu de travail) afin que le patient ne perde pas le contact avec son environnement de travail. De nombreux employeurs et assureurs d'indemnités journalières maladie y sont en principe disposés. Toutefois, toutes les (petites) entreprises ne sont pas en mesure de proposer un programme adapté.

Résumé

De nombreuses personnes souffrant de problèmes psychiques significatifs et persistants au travail sont principalement suivies par le médecin de famille. Beaucoup de médecins de famille s'engagent pour le maintien de l'emploi ou la réinsertion de tels patients, mais souvent de manière insuffisamment systématique et rarement en entretenant un contact actif avec l'employeur et le conseiller en insertion (de l'assurance d'indemnités journalières maladie, de l'AI, etc.). Les médecins de famille sous-estiment souvent à quel point leurs connaissances sur les déficits fonctionnels liés à la maladie sont pertinentes pour les efforts d'intégration. Sans connaissances médicales, le succès des mesures est laissé au hasard. Par ailleurs, les médecins de famille pourraient sans trop de difficultés recueillir davantage de connaissances pertinentes en examinant avec le patient le parcours professionnel et éventuellement en téléphonant à un ancien employeur. Cela principalement dans le but de déterminer les déficits fonctionnels et les possibilités d'adaptation correspondantes, les obstacles subjectifs du patient lui-même (craintes, etc.) ainsi que les facteurs d'influence de l'entreprise sur la capacité fonctionnelle. Il est souvent utile que les médecins de famille interviennent activement dans les situations problématiques et cherchent à établir le contact avec les autres acteurs. Cela vaut principalement aussi en cas d'arrêt maladie (vraisemblablement) de durée prolongée. En principe, les médecins de famille doivent considérer les arrêts maladie comme un instrument médical de poids et l'utiliser sciemment. Cela s'applique particulièrement lorsque le patient souhaite être mis en arrêt maladie en présence d'un conflit de travail ou de manière systématique ainsi que chez les patients présentant un comportement d'anxiété et d'évitement ou encore ayant fait l'expérience d'une offense dans l'entreprise.

Crédit photo

© Daniil Peshkov | Dreamstime

Références

- 1 OECD. Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris. 2012.
- 2 Rüesch P, Bänziger A, Juvalta S. Regionale psychiatrische Inanspruchnahme und Versorgungsbedarf in der Schweiz. Obsan Dossier 23, Neuchâtel. 2013.
- 3 OECD. Mental Health and Work: Switzerland, OECD Publishing, Paris. 2014.
- 4 Kessler R, Berglund P, Demler O. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 2005;62:593–602.
- 5 Baer N, Frick U, Fasel T, et al. Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe. Bundesamt für Sozialversicherungen; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 6/09; Bern. 2009.

Correspondance:
Dr méd. Niklas Baer
Fachstelle für Psychiatrische
Rehabilitation
Psychiatrie Baselland
Bientalstrasse 7
CH-4410 Liestal
niklas.baer[at]pbl.ch