

Incapacité de travail de longue durée pour troubles de santé mentale : entre la clinique et l'administratif, réflexions pour les généralistes

Long-term incapacity for work due to mental health problems: between the clinical and the administrative, thoughts for general practitioners

KACENELENOGEN N.

URSP - Département de Médecine générale, Faculté de Médecine, Université libre de Bruxelles (ULB)

RÉSUMÉ

Contexte : Entre 2016 et 2021, l'Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité révèle un accroissement de 46% des incapacités de travail de plus d'un an. En 2021, près de 37% des patients en statut d'invalidité l'étaient pour un trouble de santé mentale et dans deux tiers de ces cas, le diagnostic de burn-out ou de dépression était posé. Le Service public fédéral Emploi, pour endiguer le coût social et financier que cette situation génère, a mis en place un trajet de réinsertion pour les personnes en incapacité de longue durée, mais également des outils de prévention et de détection précoce de burn-out.

Objectif : Le but de cet article est d'évaluer si les procédures mises en place sont efficaces pour la prévention des risques psychosociaux au travail et pour aider nos patients atteints de trouble de santé mentale à se réinsérer plus rapidement au niveau professionnel. D'autre part nous proposons certaines recommandations pour le suivi des patients concernés en médecine générale

Méthodologie : Revue rapide de la littérature (*rapid review*).

Résultats : Les trajets de réinsertion sont surtout conçus pour que la personne en incapacité retourne chez le même employeur. Ils ne sont pas adaptés pour les personnes atteintes de troubles de santé mentale ; ces dernières ont deux fois plus de chance de reprendre le travail chez un nouvel employeur. Les trajets de réinsertion ont tendance à retarder la rupture de contrat pour force majeure, ce qui est souvent une opportunité pour ces patients de retrouver du travail. La prévention primaire de ces situations doit s'inscrire au niveau sociétal et managérial. Le généraliste se doit d'écouter, reconnaître, protéger et accompagner le patient mais aussi d'évaluer la gravité des symptômes et en tenir compte pour la durée de l'incapacité et les modalités de la reprise du travail. La prise en charge sera pluridisciplinaire.

Rev Med Brux 2024 : 45 : 364-373

Mots-clés : burn-out, risque psychosociaux, médecine générale

ABSTRACT

Context: Between 2016 and 2021, the National Institute for Health and Disability Insurance (Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité) reveals a 46% increase in work incapacity lasting more than a year. In 2021, almost 37% of patients on disability status were due to a mental health disorder, and in two-thirds of these cases, the diagnosis was burnout or depression. In an attempt to stem the social and financial cost of this situation, the Federal Public Employment Service has introduced a new reintegration pathway for people on long-term disability, as well as tools for the prevention and early detection of burnout.

Objective: The aim of this article is to assess whether the procedures put in place by the federal government are effective in preventing psychosocial risks in the workplace, and in helping our patients suffering from burnout or other mental health disorders to reintegrate more rapidly into the workplace.

Methodology: Rapid review of the literature

Results: Reintegration routes are mainly designed to return the disabled person to the same employer. They are not adapted for people with mental health problems. The latter are twice as likely to return to work with a new employer. Rehabilitation schemes tend to delay the breach of contract due to "force majeure", which is often an opportunity for these patients to return to work. Primary prevention of these situations needs to be addressed at both societal and managerial levels. General practitioners have a duty to listen, recognize, protect and support patients, but also to assess the severity of their symptoms and take this into account when determining the duration of their incapacity and how they can return to work. Management will be multidisciplinary.

Rev Med Brux 2024; 45: 364-373

Keywords: burnout, psychosocial risks, general practice

CONTEXTE : LA SANTÉ MENTALE AU SEIN DE LA POPULATION GÉNÉRALE

Un être humain ne peut être en bonne santé s'il ne jouit pas de bien-être mental. C'est ce dernier qui permet de surmonter les stress de toutes natures, qu'ils soient d'ordre émotionnel, familial, social, environnemental, mais aussi somatique¹. Le concept de trouble somatoforme sous-tendant une distinction entre le physique et le mental, semble inapproprié en médecine de première ligne pour laquelle la démarche de soin doit se soucier du fait que n'importe quel processus pathologique proviendra et/ou induira des conséquences à la fois physiques et psychiques^{2,3}. Enfin, il est probablement impossible d'appréhender la santé mentale des personnes sans tenir compte des interactions en sens divers avec l'environnement dans lequel elles vivent, entre autres l'environnement familial, sociétal et professionnel⁴.

En Belgique, 33 % de la population générale souffre de mal-être⁵ et lorsque les personnes atteintes consultent,

ce sera majoritairement et de loin leur médecin généraliste (MG)^{6,7}. Les prescriptions d'incapacités de travail (IT) de longue durée, c'est-à-dire d'un an ou plus, et ce pour des troubles de santé mentale (TSM), sont parmi les témoins de cette souffrance. Or nous constatons que ces dernières sont en nette progression. Entre 2016 et 2021, l'Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) révèle un accroissement de 46 % des IT de plus d'un an. En 2021, près de 37 % des patients en statut d'invalidité l'étaient pour un trouble de santé mentale et dans deux tiers des cas, le diagnostic de burn-out ou de dépression était posé⁸. On retrouve ces IT dans l'ensemble de la population quel que soit le genre, la catégorie sociale ou le type d'emploi. Cependant l'INAMI répertoriant l'ensemble des cas d'invalidité sur cette période de 5 ans, a pu décrire certaines caractéristiques des personnes concernées (tableau 1)⁸.

Tableau 1

Invalidité pour trouble de santé mentale ; quelques caractéristiques démographiques.

Genre	Âge	Augmentation la plus forte	Statut professionnel
68 % des cas sont des femmes + 50 % en 5 ans	56 % des cas : les 50-64 ans	+20 % en 2021, +151 % sur 5 ans : les indépendants de 25-39 ans	+ 59 % en 5 ans : Les indépendants

(INAMI 2016-21)

Les coûts financiers sont conséquents : en 2020, le montant pour les IT des burn-out et dépressions s'élevait à près de 1,7 milliards d'euros, soit une augmentation de 47 % depuis 2016. Pour l'ensemble des IT pour troubles mentaux, le coût s'élevait à quasi 2,6 milliards d'euros, soit près de 37 % de plus qu'en 2016⁹. Le fédéral semble avoir des doutes sur le bienfondé d'un certain nombre des certificats médicaux d'un an ou plus. Autrement exprimé, le législateur pointe du doigt ceux qui prescrivent et prolongent ces IT, soit majoritairement les MG¹⁰. En pratique, depuis janvier 2024, l'employé ou l'indépendant sous certificat médical, doit se présenter physiquement auprès de son médecin conseil (MC), trois fois au cours de la première année d'IT, pour confirmer la pertinence de l'arrêt de travail. Cette démarche fait partie d'un programme plus large dont le but est de diminuer l'absentéisme de longue durée pour raison médicale, d'une part pour en diminuer les coûts et d'autre part en raison de conclusions de travaux finalisés à la demande du SPF Emploi et Concertation sociale et qui rapportent notamment : « Plus longtemps une personne est en incapacité de travail, plus il lui est difficile de retourner au travail. Il est donc primordial de donner aux travailleurs toutes les chances de se remettre au travail à un stade précoce »¹¹. Suite à cette constatation, le législateur a mis en application depuis le 1^{er} janvier 2024, une forme simplifiée du « Trajet de réinsertion », le « TRI 2.0 » (Vs TRI) pour favoriser un retour rapide au travail¹².

En résumé, dès le début de l'IT, à la demande du travailleur et dès le 3^e mois par l'employeur, le TRI peut être amorcé auprès du Conseiller en Prévention-Médecin du Travail (CP-MT). Ce dernier analyse la situation, particulièrement en convoquant la personne en incapacité et/ou l'employeur. Le CP-MT peut aussi se mettre en contact avec le MC et/ou le MG. En maximum 49 jours, le CP-MT choisira une des 3 options possibles à savoir la reprise du travail après un délai convenu de maximum 2 mois sans adaptation, une reprise avec adaptation du poste ou conditions de travail qui devra être concrétisée dans les 6 mois ou encore l'impossibilité pour le travailleur de reprendre le travail pour raison médicale. Des recours sont possibles notamment pour l'employeur, s'il lui est impossible d'adapter les tâches ou l'environnement professionnel comme proposé par le CP-MT. Par ailleurs les patients en incapacité et convoqués par le médecin du travail, ne sont pas obligés de suivre cette procédure.

HYPOTHÈSES, OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE

Il apparaît donc un hiatus entre les ambitions légitimes du Fédéral concernant une promptre reprise au travail et d'autre part, la pratique clinique en soins primaires ; les MG observent actuellement les conséquences sévères d'une souffrance au travail vécue sur de longues périodes et pour laquelle une incapa-

citée de quelques mois ne suffit pas forcément¹³. De cette contradiction, émergent quelques hypothèses :

- Si les généralistes prescrivent nombre d'IT de longues durées en raison de troubles de santé mentale, c'est probablement qu'ils sont dans l'obligation d'agir ainsi en raison des situations cliniques rencontrées ;
- Il est possible que si le pourcentage global de retour au travail diminue d'autant plus que l'IT est longue, ce ne soit pas forcément le cas lorsque les troubles sont d'ordre mental ;
- Le SPF Emploi et Concertation sociale met en place des démarches de prévention secondaire en matière d'IT de longue durée (contrôle par les mutualités ; TRI 2.0). Il est possible que ce ne soit pas toujours adapté en cas de problèmes de santé mentale liés au travail ;
- Si on constate une augmentation de burn-out et autres troubles de santé mentale liés au moins en partie au contexte professionnel, c'est peut-être en raison de politiques de management en entreprise qui augmentent le risque de troubles psychopathologiques ;
- Il est possible que la stigmatisation en entreprise par rapport aux difficultés psychologiques des employés retarde l'accès aux soins avec en conséquence des situations cliniques plus sévères nécessitant des IT plus longue^{14,15}.

L'objectif de cet article est de renforcer ou d'infirmes ces hypothèses et d'en tirer réflexions et propositions pour notre pratique de généraliste. La méthodologie est basée sur une recherche de documentation sur des sites fédéraux et d'articles dans la littérature principalement belge et européenne.

Les sources principales sont les suivantes :

- La littérature quaternaire :
 - Haute Autorité de Santé (HAS France) ;
 - NICE (*National Institute for health and Care Excellence*) ;
 - Ebpracticenet qui est la plateforme de référence pour les prestataires de soins belges ;
 - Conseil supérieur de la Santé qui est l'organe d'avis scientifique du Service public fédéral Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement ;
- Une documentation ciblée sur le site du Service public fédéral SPF Emploi et Concertation sociale (SPF Emploi) ;
- D'autres informations sur le site de l'INAMI (Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité).

La littérature primaire et tertiaire a été obtenue par remontée bibliographique à partir des sources nommées ci-dessus.

SANTÉ MENTALE ET TRAVAIL : UNE RÉALITÉ COMPLEXE

Problème pas seulement en Belgique

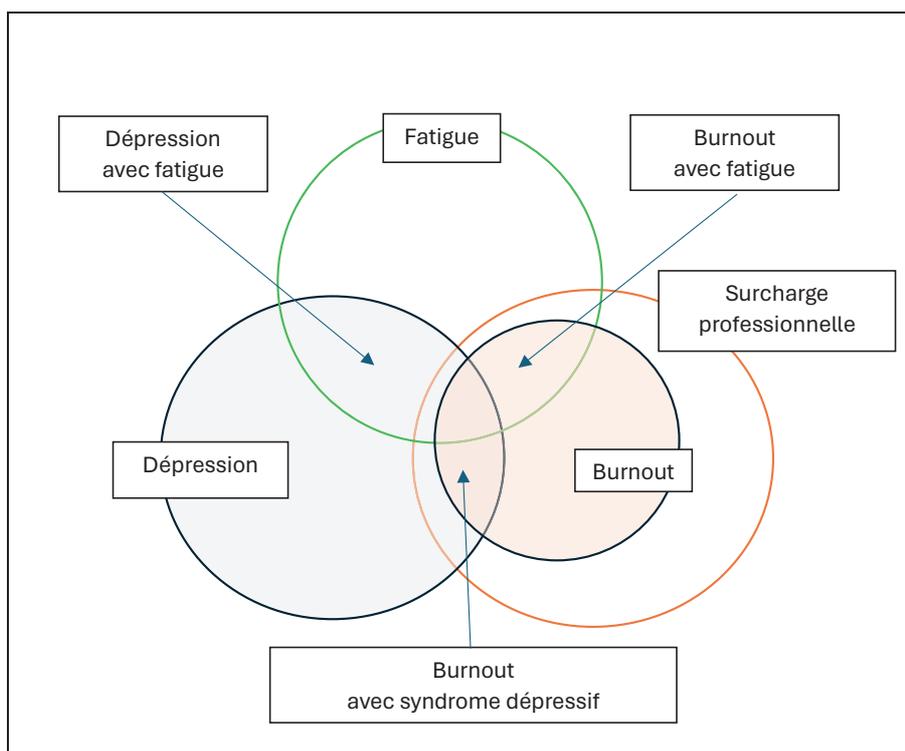
Les conséquences sociétales liées à la souffrance psychologique en milieu professionnel, ne sont pas

un phénomène récent et ne concernent pas uniquement notre pays. Outre-Atlantique au Canada, déjà en 2003, 25% des salariés considéraient leur travail comme une source majeure de stress et d'anxiété. En 2011 au Québec, 33% des personnes ayant un emploi souffraient de détresse psychologique¹⁶. En 2007, on estimait qu'au sein de l'Union européenne, 40 millions de personnes étaient exposées au stress dans le cadre du travail et qu'en 2009 cela représentait 50 à 60% des journées d'absence pour cette même région du monde. Ainsi en France, les généralistes prescrivent un nombre toujours croissant d'IT de longue durée en raison d'une souffrance au travail ; en 2021 nos confrères français observent que 23% des patients souffrent de stress professionnel chronique, 7% de harcèlement moral et 13% d'épuisement professionnel. Enfin, au sein de l'Hexagone comme chez nous, on constate parallèlement une augmentation des coûts dû à l'absentéisme, soit près de 11 milliards d'euros par an de juin 2017 à mai 2018¹³. En 2016, l'Organisation internationale du Travail (OIT) expliquait cette pandémie par des transformations du monde professionnel tant au niveau organisationnel que relationnel. Dans ce rapport, on y cite entre autres les entreprises soumises aux processus concurrentiels mondiaux se répercutant sur les conditions de travail des employés¹⁷.

Troubles mentaux liés au travail

Le burn-out n'est pas un diagnostic et n'est pas repris dans le DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Cependant, la CIM 11 (classification internationale des maladies) décrit cette entité comme un « *phénomène lié au travail* »¹⁸ résultant d'un stress professionnel chronique. Trois axes de plaintes permettent d'aider à reconnaître le burn-out : l'épuisement émotionnel, le vécu de distanciation, voire de cynisme, et la perte du sentiment d'accomplissement ou d'aptitude au travail. Ainsi, que ce soit pour les généralistes, psychiatres ou thérapeutes, le burn-out ne peut s'évaluer que d'après le ressenti des personnes. Deux échelles d'autoévaluation peuvent aider les cliniciens ; le MBI (*Maslach Burnout Inventory*)¹⁹ et le *Burnout assesment tool*²⁰ dont la version française est également validée²¹.

La **dépression** est un diagnostic repris par le DSM. Durant deux semaines ou plus, doivent apparaître un des deux symptômes de base, la tristesse (humeur dépressive) et la perte de plaisir (anhédonie) accompagné d'au moins quatre autres signes parmi les suivants : troubles de l'appétit avec perte ou prise de poids, troubles du sommeil en sens divers, agitation ou ralentissement psychomoteur, manque d'énergie/épuisement, sentiment d'inutilité et/ou de culpabilité, trouble de la concentration/de prise de décision et idées suicidaires²². Tenant compte des symptômes communs entre dépression et burn-out (figure), la prudence est de mise pour les différencier²³. L'anamnèse permet d'en faire éventuellement la distinction en détectant par exemple si les difficultés au travail sont survenues avant ou après les troubles psychologiques. Si l'anhédonie ne se retrouve pas



D'après : Comment distinguer burnout et dépression. Lode Godderis. Mediquality 2021.
<https://www.mediquality.net/be-fr/medical/article/24132435/comment-distinguer-burnout-et-depression-commentaires-d-un-specialiste-du-burnout> - consulté le 01-04-2024

dans un burn-out, il peut y avoir de la dépression sans ce critère. Par contre pour la dépression, le travail n'est pas le seul domaine de la vie du patient qui est affecté. Peut-être que d'ici peu des biomarqueurs permettront de différencier ces deux troubles^{23,24}. Certains auteurs estiment cependant que vouloir faire à tout prix un diagnostic différentiel entre ces deux entités est contreproductif; en effet cela pourrait générer l'impression que l'épuisement ressenti au travail n'est pas un vrai problème, retardant ainsi le recours aux soins. De plus, il est probable que le burn-out soit un facteur de risque de dépression²⁵. En effet des travaux révéleraient que l'épuisement professionnel générerait la dépression et réciproquement et l'on parlerait plus d'un continuum entre ces

deux entités²⁶. Cette dernière vision semble adaptée en clinique de première ligne, pour laquelle il importe surtout de détecter les signes de gravité, plutôt qu'un diagnostic précis notamment générateur de retard de prise en charge.

Face à cette vision circonspecte décrite ci-dessus, le SPF Emploi propose un outil simple à destination des CP-MT mais aussi des MG et qui permettrait le diagnostic différentiel entre le burn-out et les autres troubles entraînant des IT. Ce mode d'emploi confirme l'influence des conditions de travail qui favoriseraient le burn-out, mais aussi insiste sur les traits de personnalité des travailleurs, leurs antécédents (autres troubles) et leurs attentes au niveau professionnel²⁷ (tableau 2).

Tableau 2

Outil de diagnostics différentiels entre le burnout et les autres troubles entraînant des IT.

Stress	Burnout
Conséquence directe de stressseurs professionnels. Le sens du travail n'est pas central Est passager ou chronique Peut toucher tout type de travailleur N'est pas forcément accompagné d'attitudes négatives envers autrui Le support social et les stratégies d'adaptation peuvent être médiateurs entre stress et burnout	Rôle important du sens du travail dans l'apparition du syndrome Est la conséquence d'une exposition à un stress persistant de longue durée Touche avant tout les personnes qui accordent beaucoup d'importance au travail Attitudes et comportements négatifs envers les collègues, clients, patients,... Cynisme

Outil de diagnostics différentiels entre le burnout et les autres troubles entraînant des IT. (Suite)

Dépression	Burnout
<p>Epuisement émotionnel et humeur dysphorique Etendue à tous les aspects de la vie Caractérisée par une perte du goût des choses et de la vie Plus faible estime de soi, défaitisme, moins grande vitalité Les antécédents de dépression peuvent faciliter le burnout</p>	<p>Epuisement émotionnel et humeur dysphorique Lié spécifiquement au travail Conservation du goût des choses dans les aspects de la vie autres que le travail Estime de soi et réalisme plus grands, vitalité plus forte que pour la dépression Le burnout peut s'aggraver en dépression</p>
Fibromyalgie	Burnout
<p>Liée à une longue exposition au stress Douleurs musculosquelettiques Pas d'origine dans le travail Les difficultés au travail sont évoquées comme conséquences de la fibromyalgie</p>	<p>Lié à une longue exposition au stress La douleur physique n'est pas un symptôme central Apparaît dans le travail</p>
Fatigue chronique	Burnout
<p>Fatigue générale Apparaît suite à une tension psychique ou un stress de longue durée Cible des personnes engagées et actives avant l'apparition du syndrome Pas d'origine systématique dans le travail (serait provoquée par un virus)</p>	<p>Fatigue émotionnelle qui est associée aux deux autres composantes (dépersonnalisation et perte d'accomplissement) Apparaît suite à une tension psychique ou un stress de longue durée Cible des personnes engagées et actives avant l'apparition du syndrome Lié au travail</p>
Difficultés liés à des événements de la vie	Burnout
<p>Il n'y a pas forcément de lien avec le travail (ex., décès, divorce, séparation...) mais il peut y en avoir un (ex. rétrogradation au travail, licenciement...) Suit un événement précis, souvent de courte durée</p>	<p>Lien avec le travail Apparaît suite à une tension de longue durée</p>
Workaholisme	Burnout
<p>Les travailleurs passent énormément de temps au travail, sont réticents à s'en distancier et fournissent un travail au-delà de ce qui est attendu. Le travail affecte leur vie privée Importance du travail et du sens donné au travail pour le travailleur Peut conduire au burnout car l'implication excessive dans le travail peut épuiser les ressources Les émotions positives sont ressenties au travail Les émotions négatives sont plus actives (irritation, colère, agitation) Peut être un facteur de risque du burnout</p>	<p>Le burnout touche les personnes qui ont de fortes attentes envers leur travail Importance du travail et du sens donné au travail pour le travailleur L'épuisement propre au burnout est incompatible avec une forte implication dans le travail (workaholisme) Les émotions positives sont ressenties en dehors de la sphère professionnelle Les émotions négatives sont moins actives (fatigue, tristesse, léthargie) Le burnout se caractérise par une diminution de la performance</p>
Bore-Out	Burnout
<p>Monotonie et manque de sens Sous-stimulation Etat désagréable de faible excitation et d'insatisfaction Le travailleur est capable de faire des efforts Besoin/en demande de stimulation Important de redonner du sens au travail et de rendre le travail plus stimulant</p>	<p>Demandes élevées et faibles ressources Sur-stimulation Réaction (l'épuisement et la distanciation mentale) au stress professionnel chronique Incapacité (car épuisement) et refus (car distanciation) de faire des efforts Besoin d'inactivité Important de rétablir l'équilibre entre les efforts et les récompenses</p>
Brown-out	Burnout
<p>Touche en priorité les professions dont le contenu humain et le contenu relationnel dominant (professions de « vocation ») Capable d'accomplir des tâches mais avec un sentiment de lassitude immédiat Plutôt caractérisé par une perte totale de sens</p>	<p>Touche en priorité les professions dont le contenu humain et le contenu relationnel dominant (professions de « vocation ») Plus capable d'accomplir des tâches Plutôt caractérisé par un surmenage (sur-stimulation)</p>

D'après « Détection précoce du burnout, mode d'emploi pour le médecin du travail » SPF Emploi

Facteurs favorisant les troubles de santé mentale liés au travail

Des facteurs liés à l'individu existent, qui favorisent ou protègent la personne face à l'épuisement professionnel et aux autres axes définissant le burn-out en fonction du contexte. Par exemple, être méticuleux, perfectionniste et consciencieux, sont autant de qualités qui risquent de fragiliser le travailleur dans certaines circonstances, notamment lorsqu'on augmente les exigences de productivité et de délai. Au contraire, l'extraversion et l'optimisme seraient protecteurs dans les mêmes circonstances²⁸. Certaines caractéristiques génétiques ou épigénétiques pourraient expliquer en partie ces traits de personnalité²⁹. Enfin, le fait d'être isolé socialement ou d'avoir un haut niveau d'instruction / un poste à forte responsabilité sont aussi des facteurs de risque potentiels²⁹. Cependant, d'après les auteurs, il n'y aurait pas de facteurs intrinsèques réellement déterminant; ce serait principalement la charge et les conditions de travail, qui pourraient favoriser ou empêcher l'émergence d'un burn-out²⁹.

Les facteurs extrinsèques semblent effectivement éclairer pourquoi les troubles de santé mentale liés au travail voient leurs incidences et prévalences

augmenter ces dernières décennies. Comme l'OIT¹⁷, le Conseil supérieur de la Santé²⁹ confirme cette observation. Au niveau sociétal sont actuellement de mise l'individualisme et la concurrence jusqu'au sein même des entreprises plutôt que le travail collectif, de même que la pression du temps et la digitalisation sous-entendant l'instantanéité de toutes réponses et la performance devenant finalement un but en soi. Notons qu'il n'est pas prouvé que ces exigences sociétales favoriseraient l'efficacité des travailleurs³⁰. Au contraire, ces normes contemporaines seraient autant d'éléments à risque pour la qualité de vie aussi bien professionnelle que privée³¹ en entraînant une surcharge émotionnelle, des conflits de rôle et des interférences entre travail et vie privée, et donc favoriseraient le burn-out³². En corollaire de ce qui précède, le type de management semble capital en étant responsable de l'organisation des conditions de travail. Ces dernières peuvent être évaluées avec l'aide de l'outil de détection précoce du burn-out créé par le SPF Emploi (tableau 3)²⁷ qui pourrait aider le clinicien à déterminer si l'environnement professionnel est à risque pour la santé mentale des employés.

Tableau 3

Management optimal.

Condition générale de travail	Ressource dont doit bénéficier le travailleur
<ul style="list-style-type: none">- Charge de travail acceptable et proportionnée au salaire- Bonnes conditions pour les contacts avec les bénéficiaires (patients/clients)- Environnement physique de qualité (bruit, éclairage, matériel, mobilier)- Pression temporelle correcte- Pas de charge physique mal vécue- Bonne conciliation vie professionnelle/vie privée- Stabilité organisationnelle/ changements dans de bonnes conditions- Le moins possible d'incertitude liée à l'emploi- Le moins possible de conflit au travail- Maintien du sens au travail	<ul style="list-style-type: none">- Soutien de la hiérarchie- Soutien des collègues- Retour (feedback) sur le travail accompli- Reconnaissance- Autonomie- Participation aux décisions- Possibilité d'épanouissement au travail- Sécurité liée à l'emploi- Variété dans les compétences et les tâches à effectuer- Définition claire des tâches- Formation continue- Equipement/matériel adéquat

D'après « Détection précoce du burnout, mode d'emploi pour le médecin du travail » SPF Emploi

LES INFORMATIONS SUR LE SITE DU SERVICE PUBLIC DE L'EMPLOI

Les informations apportées par le SPF Emploi reposent sur des études dont certaines ont été commanditées par le Fédéral lui-même. En analysant ces travaux aux designs mixtes (quali/quantitatifs), nous apprenons ce qui suit :

Epidémiologie des IT de longue durée en Belgique³³

Effectivement, les IT de longue durée augmentent dans notre pays, puisqu'elles affectaient 5% des personnes potentiellement actives en 2005, pour monter à 11% en 2021. Si les pourcentages des causes cardiovasculaires, oncologiques ou neurologiques de ces IT restent stables ou ont tendance à

diminuer depuis bientôt deux décennies, celles liées aux pathologies ostéoarticulaires (31,7%) et aux troubles de santé mentale (36,5%), n'ont pas arrêté de progresser. La question du lien potentiel entre ces deux progressions quasi parallèles pourrait d'ailleurs se poser^{2,3,34}.

IT et retour au travail

Plus une IT est longue et moins fréquent sera le retour au travail. Derrière cette conclusion globale, les résultats révèlent que les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale lié au travail avaient une probabilité 2,12 fois plus élevée de reprendre le travail chez un autre employeur que les personnes souffrant d'un autre problème de santé.

Ainsi, de l'avis même des auteurs d'études sur lesquelles le législateur se fonde, le TRI 2.0 comme le précédent, est organisé surtout pour une reprise de travail chez le même employeur et n'est pas adapté aux personnes présentant un épuisement professionnel ou un trouble apparenté³⁵. Au contraire, la rupture de contrat pour force majeure (RCFM) est souvent la décision optimale. C'est notamment le cas pour l'employeur car c'est une solution moins onéreuse pour lui. Par ailleurs, pour les personnes qui ne souhaitent plus retourner au sein de l'entreprise, source de leur mal-être, de leur burn-out ou de leur dépression, la RCFM leur évite des sanctions administratives et surtout, cela les libère pour reprendre une activité chez un autre employeur. Mais le législateur pour favoriser la procédure du TRI qui peut débiter dès le 1^{er} trimestre, ne permet la RCFM qu'après 9 mois au moins d'IT; ce faisant, il allonge l'IT, rendant plus difficile la reprise d'une activité professionnelle³⁶. Ces mêmes auteurs font l'hypothèse que lorsqu'il est question d'un problème de santé mentale lié au travail, les travailleurs font une demande de TRI afin de pouvoir être libéré plus rapidement du contrat en cours et être engagés plus rapidement chez un autre employeur, ce qui n'était pas l'objectif recherché au départ.

Réflexion autour du rôle des différents médecins intervenants

Les travaux mettent en évidence également que le MG n'est que rarement sollicité dans le cadre du TRI alors que c'est le médecin qui accompagne le patient du début jusqu'à la fin du parcours, tout en connaissant le mieux le patient. Notons aussi que le MG est indépendant au niveau de sa démarche clinique et décisionnelle, n'ayant pour limite que la déontologie et l'éthique. Paradoxalement le CP-MT apparaît isolé devant des décisions à prendre au terme des procédures du TRI ou de la RCFM et apparaissent aussi les constatations suivantes^{35,36} :

- Pour l'efficacité du TRI, le médecin du travail doit bien connaître les sociétés employeuses. Or le CP-MT travaille généralement au sein de services externes de médecine du travail à laquelle souscrivent de nombreuses entreprises; cela fragilise sa connaissance du terrain;

- De ce qui précède émerge aussi la question du risque de conflit d'intérêt du CP-MT.

Réflexion sur l'abord de la problématique par le fédéral³⁵⁻³⁷

Comme déjà exprimé, le législateur organise des solutions pour limiter et raccourcir les IT, en se centrant sur le travailleur en IT et automatiquement sur les certificats médicaux. Or, que ce soit l'OIT ou le Conseil supérieur de la Santé, on s'accorde à confirmer que la principale cause des risques psychosociaux liés au travail, est l'organisation managériale régulièrement délétère pour les personnes qui travaillent; les médecins généralistes, psychiatres, médecins conseils et médecins du travail - ou tout autre intervenant offrant du soutien aux employés fragilisés au long de leur parcours de patient - n'agiront le plus souvent qu'en prévention secondaire ou tertiaire.

Mais même cette démarche est desservie par certains prérequis exigés par le SPF Emploi³⁸; sur le site concernant les facteurs de risque psychosociaux (tableau 4), il est entre autres considéré que le vécu subjectif du travailleur n'est pas déterminant par rapport au fait qu'une situation est à risque ou pas; il faut prouver que toute personne dans la même situation éprouverait les mêmes difficultés.

Cela explique au moins en partie cet hiatus entre une démarche de soins pour laquelle le clinicien se centre sur le patient notamment à l'aide d'échelles d'autoévaluation pour l'anxiété, la dépression (Échelle d'Anxiété d'Hamilton, *Hospital Anxiety and Depression scale*) ou le burn-out^{19,20}, par rapport au SPF Emploi qui, pour des objectifs collectifs, conçoit des procédures individuelles sans en accepter les outils validés.

EN PRATIQUE POUR LE GÉNÉRALISTE QUE RETENIR ?

Proactivité et prévention secondaire

Le médecin le mieux placé pour la prévention secondaire du mal-être au travail au sein de la population générale, c'est le généraliste; en une seule année, 80 à 90% de la population aura eu au moins un contact avec son médecin traitant⁶. Devant tout trouble de santé mentale et/ou somatoforme, il serait ainsi

Tableau 4

Définition et champs d'action des risques psychosociaux au travail SPF Emploi.

Causes	Conditions pour que ce soit pris en compte
<p>Organisation du travail</p> <p>Contenu du travail : Complexité/importance/adéquation</p> <p>Conditions de travail : Horaires Rémunérations</p> <p>Conditions de vie au travail : Environnement physique Relations interpersonnelles au travail Violence au travail Harcèlement sexuel Harcèlement moral Discrimination</p>	<p>Danger objectif : l'expérience subjective du travailleur individuel n'est pas déterminante</p> <p>Danger sur lequel l'employeur a un impact : <i>par exemple, aucun impact sur l'origine d'un problème relationnel entre deux travailleurs qui relève de la sphère privée ou sur la personnalité atypique d'un travailleur</i></p>

opportun pour le MG de systématiquement explorer la sphère professionnelle, même si le patient n'en parle pas spontanément. Certaines formes de management pourraient être assimilées à de la maltraitance psychologique. Or des études révèlent que les patients attendent nos questions quel que soit le sujet, et par exemple en cas de maltraitance³⁹. Dans le même registre, lorsque le motif de contact semble purement « somatique », la question « ... et à part cela comment ça va ? », permettra régulièrement d'aborder les difficultés d'ordre psychosocial dont celles sur le lieu du travail^{40,41}. La salle d'attente peut être aussi notre alliée; il semblerait que nos patients « scannent » les messages, notamment ceux de prévention, exprimés par les affiches que nous aurons choisies⁴² et pourquoi pas celles concernant le burn-out.

Tout cela pourrait favoriser un diagnostic précoce et contrebalancer potentiellement l'effet de la stigmatisation couramment rencontrée au sein des entreprises; la littérature pointe le fait que cette stigmatisation ciblant les employés montrant des signes d'épuisement face au stress, retarde l'accès aux soins avec en corollaire des IT de plus longue durée⁴³.

Vous dites « prévention primaire » ?

Aucun généraliste, ni autre intervenant en matière médico-psychosociale, ne pourra prévenir les troubles de santé en lien avec le travail. Le Fédéral tente des projets comme celui de FEDRIS (Agence fédérale des Risques professionnels) qui organise une prise en charge du burn-out qui se veut précoce. Le MG peut d'ailleurs introduire une demande auprès de ce dispositif pour un patient travaillant en milieu bancaire ou dans les soins de santé au sens large. Cependant, cela reste de la prévention secondaire⁴⁴. Les véritables causes étant l'environnement sociétal et l'organisation managériale en entreprise⁴⁵, la prévention primaire ne peut s'ordonner qu'à ce niveau²⁹.

Evaluer la situation de notre patient

Les outils d'autoévaluation permettant de révéler le burn-out, la dépression et les autres diagnostics différentiels^{21,22,27} pourront nous aider à évaluer la gravité de la situation et à adapter la prise en charge.

La prise en charge

L'évaluation faite concernant l'épuisement professionnel, la dépression ou autres troubles d'adaptation, l'accompagnement sera toujours basé sur les mêmes éléments : l'arrêt de travail, les interventions psychothérapeutiques et psychocorporelles, éventuellement l'approche médicamenteuse dont les SSRI/SNRI (*Selective Serotonin - and Noradrenaline - Reuptake Inhibitor*) en cas d'anxiété ou de dépression sévère et la prise en charge des aspects socio-professionnels²².

Quelle que soit la source des recommandations, il est préconisé un minimum de 2-3 semaines d'arrêt de travail. En effet par exemple Ebpracticenet nous recommande ceci⁴⁶ :

- *Il faut généralement quelques jours et nuits pour normaliser le rythme de sommeil d'un patient;*

- *Une fatigue intense diminuant la capacité fonctionnelle, par ex. liée à un trouble de l'adaptation, exige un arrêt de travail de 2-3 semaines;*
- *Un état de dépression grave nécessite souvent un congé maladie encore plus long, car il faut davantage de temps pour que le patient retrouve sa capacité fonctionnelle par rapport à la disparition des symptômes;*
- *Le congé de maladie ne remplace pas le traitement et le suivi. Organisez des rendez-vous réguliers avec le patient;*
- *Si le patient souffre d'épuisement professionnel sans maladie psychiatrique ou somatique et qu'il/elle a besoin de s'absenter du travail, la solution n'est pas un congé de maladie, mais une réduction de la charge de travail ou une meilleure répartition des tâches. Prenez en compte toutes les formes d'arrangements possibles auprès du système de sécurité sociale ou de l'employeur.*

Une étude suisse a récemment montré que 14 % des IT pour burn-out pris en charge en MG dureraient plus de 6 mois et 4,4 % de ces IT dureraient plus d'un an lorsque le patient était suivi par un psychiatre ou un psychothérapeute⁴⁰. Il en découle que c'est en « âme et conscience » que les cliniciens devront estimer avec l'aide des autres intervenants et du patient, le moment et la modalité de la reprise du travail.

Par ailleurs, il est important d'informer le patient des dispositions prises par le fédéral concernant les IT : le TRI 2.0 et ses implications, la rupture de contrat pour cas de force majeure, les rôles et pouvoirs du CP-MT. Cela permettra au patient de se préparer face à ces agencements et de décider au mieux ce qui lui convient ou pas.

L'importance du dossier

En plus de l'anamnèse répétée au fil des contacts, d'autres démarches pourront aussi être consignées avec soin dans le dossier du patient qui optimiseront notre accompagnement :

- Si c'est possible pour le patient, il est important qu'il rapporte par écrit à son MG son vécu au travail, ce qui l'a fragilisé psychologiquement et/ou physiquement avec le plus de détails possibles ;
- Nous pouvons aider notre patient à répondre au questionnaire qui permet de décrire les caractéristiques du management et notamment les éléments mettant la santé mentale de l'employé en danger (tableau 3)²⁷;
- L'outil ci-dessus est utile mais est relativement incomplet. Il est important aussi de rapporter – si elle existe – la dissonance éthique qui signifie que la personne se voit obligée d'effectuer des tâches qu'elle réprouve moralement⁴⁷. Cette dissonance peut être d'ordre technique, signifiant que la personne se voit obligée d'effectuer des tâches qu'elle considère inadéquates ;
- Certain SMS ou mails reçus par les patients révéleront éventuellement du harcèlement psychologique ou du non-respect de la vie privée; nous devons conseiller le patient d'enregistrer ces éléments de preuves.

Ces démarches aideront la personne à mieux comprendre ce qui lui arrive.

Par ailleurs ce sont des informations importantes pour nos rapports remis au patient et destinés aux

MC et MT. Concernant nos rapports et constats, il ne faut pas omettre de bien distinguer ce que nous constatons et ce que le patient exprime.

CONCLUSION

Le point de départ de cet article, était le questionnement sur le bien-fondé des certificats médicaux de longue durée pour burn-out et autres troubles mentaux liés au contexte professionnel et notamment de ce que cela coûte au niveau individuel et collectif. C'est une réalité, les décisions médicales des généralistes ont un coût. Mais nos décisions sont-elles vraiment la cause de ces milliards perdus ?

Au vu des limites de cette revue de la littérature, effectuée par une seule personne, sans réelle évaluation de la qualité des articles si ce n'est en tenant compte des niveaux de preuves en lien avec leur design, nous ne pouvons répondre formellement à cette question.

Mais réfléchissons-y, notamment à partir de certains résultats de l'étude à design mixte (rétrospectif, prospectif et qualitatif)¹³ réalisée en 2022 en France dont le système de sécurité sociale est fort comparable au nôtre. La partie prospective de ces travaux met en évidence que *75 % des patients ne présentaient pas de troubles psychiques antérieurement à leur souffrance au travail*. Et toujours dans cette étude, *les médecins interrogés ont plus ou moins directement souligné leur rôle : écouter, reconnaître, protéger et accompagner le patient. Ils exprimaient un certain malaise avec une cause d'arrêt de travail qu'ils estiment en dehors du champ médical. Ils se considèrent comme un amortisseur social*.

La souffrance au travail aujourd'hui pousserait-elle le MG à devenir un « amortisseur social » ?

Conflits d'intérêt : néant.

L'autrice déclare également que pour la facilité et la clarté de lecture les termes « patient, travailleur, employé » sont à considérer dans leur signification neutre et représentant l'ensemble des genres.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030. 2022;§6:10.
2. Stora JB. Le rôle de l'appareil psychique, des mécanismes neuronaux et neuro-hormonaux dans les somatisations : l'approche de la psychosomatique intégrative. In : Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. Elsevier Masson;2012;170(1):26-31.
3. Consoli SM. Devenir des troubles somatoformes dans le DSM-5: disparition ou renouveau? Eur Psychiatry. 2015;30(S2):S41-S41.
4. University of Rochester Medical Center - UR Medicine. The Biopsychosocial Model Approach. . Rochester, NY: Rochester University. (Consulté le 14-04-2024). [https://www.urmc.rochester.edu/medialibraries/urmcmedia/education/md/documents/biopsychosocial-model-approach.pdf]
5. Sciensano. Enquête de santé 2018 - Santé mentale. (Consulté le 14-04-2024). https://www.sciensano.be/fr/biblio/enquete-de-sante-2018-sante-mentale
6. Sciensano. Enquête de santé 2018 - Soins ambulatoires dispensés par les médecins et les dentistes. (Consulté le 14-04-2024). https://www.sciensano.be/fr/biblio/enquete-de-sante-2018-soins-ambulatoires-dispenses-par-les-medecins-et-les-dentistes
7. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med. 2001;344(26):2021-5.
8. Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité. Incapacité de travail de longue durée : Combien de burnouts et de dépressions de longue durée? Quel coût pour l'assurance indemnités? (Consulté le 03-03-2024). [https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/indemnites/Pages/incapacite-travail-longue-duree-combien-burn-outs-depressions.aspx].
9. INAMI. Coût de l'invalidité pour cause de dépression ou de burnout, pour l'assurance indemnités (en euros) - Évolution 2016-2020. (Consulté le 03-03-2024). [https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/Couts_invalides_burnout_et_depression-2016-2020-GLOBAL-FR.pdf]
10. Le Spécialiste. Les malades de longue durée devront se rendre chez le médecin trois fois en un an. (Consulté le 16-03-2024). [https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/les-malades-de-longue-duree-devront-se-rendre-chez-le-medecin-trois-fois-en-un-an.html] consulté le 16-03-2024
11. Melon L, Bingen A, Vanroelen C, Carles I, De Schampheleire J. Réalisation d'un recueil de bonnes pratiques au sein d'entreprises en matière de retour au travail. SPF Emploi, Travail et Concertation sociale;2022.
12. Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale. Reprise d'un travail pendant une incapacité de travail-INAMI -Trajet de réinsertion (TRI) (Consulté le 16-03-2024). [https://emploi.belgique.be/sites/default/files/content/documents/Bien-%C3%AAtre%20au%20travail/R%C3%A9glementation/1.2_SCHEMA_TRI_vs_TRI_2.o.pdf]
13. Valadeau A, Kandel O. Arrêt de travail et souffrance au travail? Medecine. 2021;17(7):300-36.
14. Bourguignon D, Herman G. La stigmatisation des personnes sans emploi : conséquences psychologiques et stratégies de défense de soi. Recherches sociologiques. 2005;36(1):53-78.
15. Résistance à consulter un professionnel de la santé (St-Arnaud *et al.*, 2009; Stuart, 2008; Maranda *et al.*, 2006), entre autres, par peur d'être perçues comme des personnes « faibles » ou incapables de soutenir la pression (Stuart, 2006; 2004) ou, encore, que cela freine leurs opportunités de carrière (St-Arnaud *et al.* 2009; 2004)

16. Dufour-Poirier M., Bourque R. Risques psychosociaux au travail et action syndicale : l'expérience des délégués sociaux de la FTQ au Québec. *Négociations*. 2013;19(1):43-56.
17. Organisation internationale du Travail (OIT). *Stress au travail: un défi collectif. Journée Mondiale de la Sécurité et de la Santé au Travail*. 2016;28.
18. Chessa A, Sentissi O. CIM-11 (OMS) : nouvelle révision et impact de la classification onusienne en psychiatrie. *L'Encéphale*. 2023.
19. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory: Third edition. In Zalaquett CP, Wood RJ (Eds.). *Evaluating stress: A book of resources*. Scarecrow Education. 1997:191-218.
20. Schaufeli WB, Desart S, De Witte H. Burnout Assessment Tool (BAT)-development, validity, and reliability. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24):9495.
21. Burnout assesment tool. Version travail du BAT. (Consulté le 01-04-2024). [https://burnoutassessmenttool.be/wp-content/uploads/2020/08/BAT_Fran%C3%A7ais-Belgique.pdf]
22. Declercq T, Habraken H, Van den Aemele J, Callens J, Delepeleire J, Cloetens H. La dépression de l'adulte. Guide de pratique clinique SSMG. (consulté le 01-04-2024) *Domus Medica*; 2017. [https://ebpnet.be/fr/ebsources/1209?activity_source=evd_linker]
23. Bakusic J, Ghosh M, Polli A, Bekaert B, Schaufeli W, Claes S *et al*. Role of NR3C1 and SLC6A4 methylation in the HPA axis regulation in burnout. *J Affect Disord*. 2021;295:505-12.
24. Godderis L. *Mediquality.net*. (consulté le 05-04-2024). [<https://www.mediquality.net/be-fr/medical/article/24132435/comment-distinguer-burnout-et-depression-commentaires-d-un-specialiste-du-burnout>].
25. Schonfeld IS, Bianchi R. Burnout and depression: two entities or one? *J Clin Psychol*. 2016;72(1):22-37.
26. Schonfeld IS, Verkuilen J, Bianchi R. Inquiry into the correlation between burnout and depression. *J Occup Health Psychol*. 2019;24(6):603.
27. SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. Détection précoce du burnout, mode d'emploi pour le médecin du travail » (Consulté le 01-04-2024) [https://emploi.belgique.be/sites/default/files/content/publications/FR/BurnOut_Med%20Travail_COMPLET.pdf]
28. Alarcon G, Eschleman KJ, Bowling NA. Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & stress*. 2009;23(3):244-63.
29. Conseil supérieur de la Santé. *Burnout et travail*. (Consulté le 05-04-2024). Bruxelles: CSS. Avis, 2017:9339. [<https://www.health.belgium.be/fr/burnout-e-learning-css9339>]
30. Servigne P, Chapelle G. *L'entraide: l'autre loi de la jungle*. Editions Les liens qui libèrent;2017.
31. Kaesemans G, Van Hoof E, Godderis L, Franck E. *Burn out in de zorg*. Leuven: Lannoo Campus,2016.
32. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol*. 2001;86(3):499-512.
33. Bureau fédéral du Plan - Indicator.be. (Consulté le 05-04-2024). Incapacité de longue durée (i38) [https://indicators.be/fr/i/Go8_WIN/Incapacit%C3%A9_de_travail_de_longue_dur%C3%A9e]
34. Ng JS, Chin KY. Potential mechanisms linking psychological stress to bone health. *Int J Med Sci*. 2021;18(3):604-14.
35. Boets I, Luyten S, Vandenbroeck S, Godderis L. Success rate and predictors of return to work after implementation of a formal return-to-work trajectory: A retrospective cohort study. *Work*. 2024. doi: 10.3233/WOR-230412.
36. Boets I, Godderis L, De Greef V, Deroubaix H. Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale. (Consulté le 14-04-2024). Évaluation de l'impact de la nouvelle réglementation sur la réintégration au travail. Synthèse de l'évaluation quantitative, qualitative et juridique. 2020. [https://emploi.belgique.be/sites/default/files/content/documents/Bien-%C3%AAtre%20au%20travail/Projets%20de%20recherche/RTW_Resume_WP1et2et3_FR.pdf]
37. Piette A, Crutzen V, Straetmans M. SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, DG Humanisation du travail. (Consulté le 14-04-2024). Vers une prévention efficace et durable des risques psychosociaux au sein des entreprises belges. <https://ergonomie-self.org/wp-content/uploads/2019/05/acte-93-self-2013.pdf>
38. Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale - Risques psychosociaux- Définitions et champs d'action. (Consulté le 14-04-2024). [<https://emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail/risques-psychosociaux-au-travail/definitions-et-champ-dapplication>]
39. Elliott L, Nerney M, Jones T, Friedmann PD. Barriers to screening for domestic violence. *J Gen Intern Med*. 2002;17:112-6.
40. Rippstein J. Loin de tout, proche des patients. *Bulletin des médecins suisses*. 2023;104(13):14-8.
41. Barthelemy F. Médiateur social : Dynamiques de fabrication d'une pratique professionnelle. *Esprit critique*. 2004;6(3).
42. Sherwin HN, McKeown M, Evans MF, Bhattacharyya OK. L'« attente » dans la salle d'attente: De nuisance à opportunité. *Can Fam Physician*. 2013;59(5):e222-4.
43. Krupa T, Kirsh B, Cockburn L, Gewurtz R. Understanding the stigma of mental illness in employment. *Work*. 2009;33(4):413-25.
44. FEDRIS- Projet pilote burn out (Consulté le 12-04-2024). [<https://www.fedris.be/fr/projet-pilote-burn-out>]
45. Plys E, Al-Gobari M, Farine A, Rochat L, Talpain O, Blanc S *et al*. Prise en charge des personnes en burnout en Suisse : Résultats de l'étude épidémiologique auprès des professionnels de la santé. Lausanne: Unisanté-Centre universitaire de médecine générale et santé publique;2022. (Consulté le 14-04-2024). <https://www.unisante.ch/fr/formation-recherche/recherche/publications/raisons-sante/raisons-sante-337>
46. Ebpracticenet: Epuisement professionnel (Burnout). (Consulté le 10-04-2024) [https://ebpnet.be/fr/ebsources/1018?check_logged_in=1]
47. Cherré B, Laarraf Z, Yanat Z. Dissonance éthique: forme de souffrance par la perte de sens au travail. *Recherches en sciences de gestion*. 2014;100(1):143-72.

Travail reçu le 15 avril 2024 ; accepté dans sa version définitive le 10 juillet 2024.

AUTEUR CORRESPONDANT :

N. KACENELENOGEN
Faculté de Médecine (ULB)
Campus Erasme (Bâtiment J)
Route de Lennik, 808 / CP 612 - 1070 Bruxelles
E-mail : nadine.kacenenbogen@ulb.be