



HAL
open science

Pratiques des Services de Santé au Travail en France lors du retour au travail suite à des troubles psychiques

Anne-Sophie Le Clouarec

► **To cite this version:**

Anne-Sophie Le Clouarec. Pratiques des Services de Santé au Travail en France lors du retour au travail suite à des troubles psychiques. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04123383

HAL Id: dumas-04123383

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04123383>

Submitted on 9 Jun 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2023

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

par

Anne-Sophie LE CLOUAREC

Présentée et soutenue publiquement le 18 avril 2023

Pratiques des Services de Santé au Travail en France lors du retour au travail suite à
des troubles psychiques

Président : Madame le Professeur Anne SAUVAGET

Directeur de thèse : Docteur Marion ESPITALIER /
Professeur Marc CORBIERE

REMERCIEMENTS

A tous ceux qui m'ont aidée et soutenue pendant mon parcours.

« L'essentiel est invisible pour les yeux »

Table des matières

| | |
|--|----|
| <u>LISTE DES ABREVIATIONS</u> | 3 |
| <u>INTRODUCTION GENERALE</u> | 4 |
| <u>ELEMENTS DE CONTEXTE</u> | 5 |
| <u>Troubles mentaux courants : données épidémiologiques</u> | 5 |
| <u>Les absences maladies liées aux troubles psychiques</u> | 6 |
| <u>Le processus de retour au travail</u> | 9 |
| <u>La médecine du travail en France</u> | 11 |
| <u>La Communauté de Pratiques internationale en Santé Mentale et Travail (CoP-SMT)</u> .. | 14 |
| <u>METHODOLOGIE</u> | 17 |
| <u>Méthodologie générale de la recherche</u> | 17 |
| <u>Description du groupe de travail</u> | 18 |
| <u>Populations cibles</u> | 20 |
| <u>Recueil et traitement des données</u> | 21 |
| <u>RESULTATS</u> | 24 |
| <u>Description des variables socio-démographiques</u> | 24 |
| <u>Description des 37 questions concernant le sentiment d'efficacité des médecins et infirmier(e)s du travail au regard des pratiques de retour au travail</u> | 28 |
| <u>Points présentant un sentiment d'efficacité moins marqué (faible sentiment d'efficacité pour plus de 10% des répondants), ET considérés comme étant hors de leurs fonctions ou non autorisés (plus de 10%)</u> | 40 |
| <u>Points présentant un sentiment d'efficacité moins marqué (faible sentiment d'efficacité pour plus de 10% des répondants), MAIS considérés comme relevant de leurs fonctions</u> | 42 |
| <u>Points présentant un sentiment d'efficacité moins marqué (faible sentiment d'efficacité pour plus de 10% des répondants), ET considérés comme étant hors de leurs fonctions ou non autorisés (plus de 10%)</u> | 45 |
| <u>Description du type de troubles et de la durée d'absence rencontrés</u> | 57 |
| <u>DISCUSSION</u> | 59 |
| <u>Discussion concernant les points présentant un sentiment d'efficacité marqué supérieur à 90%</u> .. | 60 |
| <u>Discussion concernant les points présentant un sentiment d'efficacité moins marqué (faible sentiment d'efficacité pour plus de 10% des répondants), MAIS considérés comme relevant de leurs fonctions</u> | 64 |
| <u>Discussion concernant les points présentant un sentiment d'efficacité moins marqué (faible sentiment d'efficacité pour plus de 10% des répondants), ET considérés comme étant hors de leurs fonctions ou non autorisés (plus de 10%)</u> | 66 |
| <u>Perspectives</u> | 70 |
| <u>CONCLUSION</u> | 71 |
| <u>BIBLIOGRAPHIE</u> | 72 |

LISTE DES ABREVIATIONS

SST services de santé au travail

OMS Organisation Mondiale de la Santé

RAT Retour au Travail

SFST Société Française de Santé au Travail

RQTH Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

INTRODUCTION GENERALE

Les situations d'absence maladie puis de retour au travail suite à des troubles psychiques sont rencontrées fréquemment dans les services de santé au travail. Lors de mes stages d'interne, j'ai pu constater la prévalence de ces problématiques.

Je me suis posé la question de l'accompagnement possible dans ces situations complexes, et de la place et du rôle des services de santé au travail. En lien avec le service de réhabilitation psychiatrique du CHU de Nantes, j'ai pu découvrir l'existence de travaux de recherche autour de ces questions. J'ai pu alors être en lien avec la Communauté de Pratiques Internationale en Santé Mentale et Travail CoP-SMT et le projet de recherche en cours qui porte sur les pratiques de retour au travail.

J'ai souhaité approfondir l'étude du rôle spécifique du médecin du travail et de la place des services de santé au travail en France pour faciliter le retour en emploi suite à un trouble psychique. Ce travail de thèse s'inscrit dans le souhait de prévenir la désinsertion professionnelle, qui est le processus qui conduit à l'exclusion durable d'un salarié de l'emploi. La prévention de la désinsertion professionnelle est considérée comme un axe stratégique de l'action des services de santé au travail (1).

Les éléments contextuels et données concernant les troubles psychiques et l'accompagnement du retour au travail seront présentés dans une première partie. Dans une deuxième partie, les résultats de notre étude seront présentés.

ELEMENTS DE CONTEXTE

Troubles mentaux courants : données épidémiologiques

La gestion de la reprise du travail après un arrêt maladie lié à un trouble psychique est un fort enjeu de santé publique (2).

En effet, L'OMS estime qu'en 2019, une personne sur huit dans le monde présentait un trouble mental, les troubles dépressifs et les troubles anxieux étant les plus courants, et que ces chiffres auraient augmenté d'environ 25% au cours de la pandémie de COVID-19 en 2020 (3).

Les termes de troubles mentaux, troubles psychiatriques, troubles psychologiques, troubles psychiques seront utilisés dans le même sens dans le cadre de cette thèse.

Dans la littérature spécialisée, le terme « troubles mentaux courants » fait référence aux troubles dépressifs, troubles de l'anxiété, et de l'adaptation (4).

En France, la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé est de 10% chez les personnes de 18 à 75 ans, avec une augmentation significative ces dernières années, d'après les données de Santé Publique France. La prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (5). Le risque de rechute pour les épisodes dépressifs est important : après un premier épisode, la probabilité d'un épisode ultérieur est d'environ 50% ; ce chiffre passe à 70% après deux épisodes et 90% après un troisième épisode (6). Il s'avère dès lors important de s'occuper à la fois du retour au travail mais aussi du maintien en emploi pérenne.

Les troubles psychiques peuvent avoir des conséquences médicales (une augmentation du risque suicidaire, mais aussi des troubles somatiques avec une espérance de vie moins longue), et des conséquences sociales et économiques (difficultés d'insertion sociale et professionnelle).

Ces troubles ont une prévalence d'environ 20% de la population adulte, et sont donc répandus dans les milieux de travail (7).

Les troubles mentaux courants sont à l'origine d'un nombre conséquent d'arrêts de travail et de problématiques liées (par exemple la perte d'efficacité au travail ou la désinsertion professionnelle à long terme) (8). Nous allons observer quel impact ces troubles mentaux courants peuvent avoir sur les milieux de travail.

Les absences maladies liées aux troubles psychiques

On estime que dans les pays industrialisés, les troubles mentaux courants sont la cause de 30 à 50 % de l'ensemble des absences pour maladie. Il existe des variations selon les secteurs d'activité, les troubles psychiques et les risques psychosociaux étant proportionnellement plus importants dans les secteurs tertiaires présentant moins d'autres types de risques (9), mais augmentent également en valeur absolue (10).

Les risques psychosociaux (RPS) correspondent à des situations de travail où sont présents, de façon combinée ou non : du stress, défini par un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes de son environnement de travail et la perception qu'elle a de ses ressources pour y faire face, des violences internes ou des violences externes. Ces RPS n'épargnent aucun secteur d'activité. L'exposition à ces situations de travail peut avoir des conséquences sur la santé des salariés, en termes psychiques (troubles anxio-dépressifs, épuisement professionnel, voire suicide) mais également en termes somatiques (troubles musculo-squelettiques, maladies cardiovasculaires). Les troubles psychiques peuvent être liés à des causes individuelles et/ou liés aux risques psychosociaux.

Les absences pour maladie dues aux troubles mentaux courants durent en moyenne six à huit mois (11), et représentent la principale cause d'incapacité de travail de longue durée (12). Lorsqu'une personne est en absence maladie pour des troubles mentaux courants, les collègues doivent souvent absorber une charge de travail supplémentaire (13).

Le coût des troubles mentaux en milieu de travail sont très importants : le forum économique mondial a estimé que, d'ici 2030, les coûts mondiaux des troubles psychiques devraient atteindre six mille milliards de dollars, dont environ les deux tiers sont attribuables à l'incapacité au travail (14).

Un arrêt maladie est indiqué lorsqu'une personne est incapable d'accomplir les tâches liées à son emploi en raison d'un trouble mental courant.

L'arrêt maladie, ou absence maladie ou congé de maladie, est une période pendant laquelle un employé interrompt son travail pour cause de maladie. En France, c'est lors d'une consultation chez un médecin que celui-ci lui remet à la personne un avis

d'arrêt maladie qui doit être transmis dans certains délais à son employeur à la Sécurité sociale, permettant une indemnisation couvrant cette période.

Sur le plan juridique, un arrêt maladie entraîne une suspension du contrat de travail. Cette période n'est pas considérée comme du temps de travail effectif.

Les prescripteurs de ces arrêts maladie sont principalement des médecins généralistes ou médecins de soins primaires (15). Le médecin du travail et l'infirmier(e) du travail ne dispensent pas de soins à l'exception des situations d'urgence, et n'établissent pas non plus les arrêts maladies.

Sur la rédaction d'un arrêt maladie, qui peut être établi par les médecins de soins, un volet est destiné au patient, un volet est destiné au système d'assurance publique (la sécurité sociale) et un volet est destiné à l'employeur pour justifier de l'absence du travailleur.

Le volet de l'arrêt maladie destiné à l'employeur ne comprend pas d'informations médicales.

Le volet destiné au système d'assurance publique (la sécurité sociale) contient des informations médicales (motif de l'arrêt maladie). Le médecin conseil de la sécurité sociale est un médecin, différent d'un médecin du travail, qui a un rôle de conseil de gestion de la sécurité sociale. Il détermine l'indemnisation du patient ou travailleur en absence maladie, selon des critères établis par la sécurité sociale ainsi que par son appréciation médicale de la situation. Il communique fréquemment avec les médecins du travail à qui il peut demander leur expertise sur les milieux de travail.

Le médecin du travail n'est pas destinataire de l'arrêt maladie. Il peut donc ne pas être informé de l'arrêt maladie du travailleur, sauf à l'occasion d'une visite systématique ou si l'absence dépasse la durée de 60 jours.

Les médecins de soins ne peuvent communiquer des informations au médecin du travail que par l'intermédiaire du patient. Le patient ou travailleur peut donner au médecin du travail ses informations médicales (arrêt de travail, courrier médicaux).

Certains problèmes peuvent être associés au prolongement injustifié d'un arrêt de travail, comme le fait de renforcer un comportement d'évitement, ou de favoriser une désinsertion professionnelle à long terme. Plus une personne est absente du travail, moins elle est susceptible d'y retourner : les statistiques montrent que 50% des

personnes en arrêt de travail pendant 8 semaines ou plus n'y retourneront jamais, et ce pourcentage augmente à 85% pour celles en arrêt de travail pendant 6 mois ou plus (16).

A l'opposé, d'autres problèmes peuvent être associés à un retour au travail prématuré, tels que : la diminution de la productivité, l'augmentation des blessures dues à un jugement altéré ou une attention diminuées, le risque de rechute augmenté (17). Un retour au travail dans les mêmes conditions, sans accommodation, peut également générer une rechute.

Ces rechutes surviennent généralement dans les trois ans suivant un premier arrêt maladie pour raison de trouble mental courant (7) et peuvent aussi prendre la forme d'une incapacité de travail intermittente (c'est-à-dire, incapacité à effectuer certaines tâches de travail ou congés brefs mais fréquents) (18)

Les personnes avec un trouble mental courant ont souvent conservé un lien d'emploi avec une organisation (4), la première problématique qui se pose est donc le retour au travail dans cette organisation à l'issue de l'absence maladie.

Lorsque la personne n'a plus de lien d'emploi avec une organisation, et est en processus de retour au travail dans une nouvelle organisation, on parle de réinsertion au travail.

L'organisation est alors fondamentale pour favoriser le bon déroulement de la reprise de l'activité professionnelle.

De nombreux acteurs de la vie civile, du champ professionnel ou du secteur sanitaire jouent un rôle dans le processus de retour au travail.

Le processus de retour au travail

Le processus de retour au travail suite à un trouble mental courant comporte plusieurs dimensions, qui ont été identifiées par un travail préalable de scoping review (examen de la portée) effectué par l'équipe du Pr Marc Corbière (19).

Ce travail exploratoire récent (2020), s'appuie sur la méthodologie d'Arksey et O'Malley (20) il vise à cartographier les concepts clefs qui sous-tendent un domaine de recherche, comme les rôles des parties prenantes concernant le retour au travail des travailleurs atteints de troubles mentaux courants.

Au total, 3709 articles ont été sélectionnés dans le cadre de cette revue exploratoire, dont 243 ont été retenus pour analyse plus fine. Leur analyse a permis d'identifier plusieurs dimensions du processus de retour au travail :

Une dimension temporelle : la phase d'arrêt de travail suivie du processus de reprise du travail, et sa durabilité dans le temps (21).

Une dimension inter disciplinaire : le processus de retour au travail est complexe et comprend de multiples intervenants, aussi appelés parties prenantes ou acteurs. Plusieurs systèmes regroupant les acteurs ont pu être identifiés : l'entreprise (ex. les employeurs, les syndicats, les managers), l'assurance (ex. agent d'assurance, agent de mutuelle), le système de santé (ex. les fournisseurs de soins de santé et de la et de la réhabilitation au travail).

La personne en processus de retour au travail, ainsi que son entourage proche, sont aussi au centre de ces systèmes et parties prenantes du retour au travail.

| SYSTEMES | EXEMPLES D'ACTEURS/D'INTERVENANTS |
|-----------------|--|
| DE L'ENTREPRISE | Supérieurs immédiats, ressources humaines, collègues, syndicats |
| D'ASSURANCE | Système d'assurance publique (sécurité sociale) ou privé (mutuelles) |
| DE SANTE | Médecins généralistes, médecins du travail, ergothérapeutes, psychiatres |

Une dimension pratique : aussi appelé rôles ou actions des intervenants (par exemple, actions des médecins du travail). Les actions sont des comportements concrets et pratiques dont l'objectif est de faciliter le processus de retour au travail.

| EXEMPLES D' ACTIONS |
|---|
| Prendre connaissance des procédures de l'organisation |
| Eviter les jugements, normaliser les troubles psychiques |
| Evaluer l'évolution des symptômes |

On compte plus de 200 actions chez ces acteurs/intervenants, réparties sur les 3 phases de retour au travail, identifiées dans la revue exploratoire (19).

Certaines actions peuvent être recommandées de façon spécifique à un intervenant ou à un système, d'autres sont transversales et peuvent concerner différents intervenants ou systèmes.

Toutes les parties prenantes ont intérêt à ce que le travailleur retourne au travail dans une temporalité appropriée et durable, mais la collaboration peut rester difficile parce que le rôle de chaque intervenant et les actions attendues ne sont pas toujours bien définies ou comprises. La clarté et la cohérence des actions des intervenants du retour au travail sont essentielles à l'efficacité du retour au travail (22). On remarque que ces intervenants appartiennent à des systèmes différents, ce qui peut rendre la communication plus difficile. Il est donc important de développer un modèle collaboratif clair de retour au travail, avec un langage accessible à tous.

Parmi les acteurs identifiés, les services de santé au travail sont principalement représentés dans les pays Européens, notamment en France.

La médecine du travail en France

Le médecin du travail est un médecin spécialiste du lien santé-travail chez les employés œuvrant dans des entreprises de petites, moyennes et grandes tailles.

Ses missions, consistent à « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » (23), elles sont codifiées par le code du travail et le code de la santé publique. Les médecins du travail sont salariés par une entreprise (lorsque l'effectif de salariés est important) ou par un service qui assure le suivi médical de plusieurs entreprises (lorsque l'effectif de salariés est plus faible). Le Code du Travail impose à tout employeur ayant au moins un salarié d'organiser ou d'adhérer à un Service de Santé au Travail.

L'indépendance du médecin du travail dans le cadre de son activité professionnelle est un élément déontologique essentiel, consacré dans les textes. Il dispose d'un statut protecteur de « salarié protégé ».

La médecine du travail est une médecine préventive, avec une approche systémique construite sur la prévention primaire (promouvoir le bien-être et prévenir les troubles), mais également sur la prévention secondaire (identifier les troubles et orienter précocement afin d'éviter que la problématique ne s'installe, s'aggrave et se chronicise) et tertiaire (améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de troubles, notamment dans leur reprise professionnelle et leur maintien en emploi). Cette prévention doit être mise en place tant au niveau individuel qu'au niveau collectif.

Selon la définition de l'OMS « La médecine du travail traite de tous les aspects de la santé et de la sécurité sur le lieu de travail, l'accent étant mis en particulier sur la prévention primaire des risques. Les déterminants de la santé des travailleurs sont multiples, et comprennent les facteurs de risque sur le lieu de travail qui peuvent être la cause de cancers, d'accidents, d'affections de l'appareil locomoteur, de maladies respiratoires, d'une perte de l'audition, de maladies de l'appareil circulatoire, de troubles liés au stress et de maladies transmissibles » (24).

Les risques professionnels sont définis par un danger possible pour la santé avec une exposition à ce danger. Ils peuvent être de plusieurs ordres : physiques (coupures avec des objets), chimiques (effet cancérigène de certains produits), biologiques (agents infectieux), radiologiques, musculo squelettiques (syndrome du canal carpien

lié à des gestes répétitifs du poignet), psycho sociaux (troubles psychiques, épuisement professionnel ou « burn out »).

L'évaluation des risques professionnels est l'élément central autour duquel s'organisent les SST. Cette évaluation doit être renouvelée régulièrement et mise à jour à chaque changement dans une entreprise.

Les missions des SST sont alors assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail : les médecins du travail coordonnent une équipe comprenant des infirmiers, des ergonomes, des ingénieurs en prévention des risques professionnels, des toxicologues, des psychologues, des assistantes sociales. Cette équipe assure la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur santé et leur sécurité au travail ; elle conduit des actions de prévention en milieu de travail, conseille les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les mesures nécessaires pour éviter les risques professionnels, et contribue à la traçabilité des expositions professionnelles et environnementales (25).

Les visites individuelles en service de santé au travail sont réalisées par les médecins du travail et infirmier(e)s du travail, qui pratiquent des examens médicaux cliniques et des examens complémentaires indiqués selon la situation de chaque salarié. Ces visites sont obligatoires, avec une périodicité maximum de 5 ans. La périodicité de ces visites est déterminée par le médecin du travail en tenant compte des niveaux de risque évalués.

Parmi ces visites individuelles, la visite de reprise est obligatoire et systématique après une absence maladie dont la durée est supérieure à 60 jours, il s'agit de la visite de reprise. Elle doit avoir lieu dans les 8 jours calendaires suivant la reprise. Elle permet d'accompagner le retour au travail après un arrêt de travail de longue durée.

Les visites médicales peuvent également être sollicitées à la demande du salarié et des professionnels de santé, que ce soit pendant la période d'absence maladie ou après le processus de retour au travail.

La visite de pré reprise est une visite médicale organisée pendant l'arrêt de travail. Contrairement à la visite de reprise, elle n'est pas obligatoire. Elle permet d'anticiper le retour au travail dans les meilleures conditions ; l'évaluation et la mise en place des aménagements nécessaires pouvant prendre du temps, la visite de pré reprise permet de se préparer en amont au retour au travail.

Lors d'un processus de retour au travail, la réalisation de la visite de pré reprise et de reprise sont un élément fondamental dans l'accompagnement du retour au travail.

La communication des décisions qui en découlent doivent respecter la confidentialité des informations (secret médical). D'un point de vue légal, il leur est interdit de communiquer ces informations médicales.

A noter que dans l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, seul le médecin du travail et l'infirmièr(e) du travail ont accès au dossier médical d'un salarié.

Il n'est pas interdit au patient/salarié qui le souhaite de donner des informations concernant son état de santé à son employeur, mais le médecin du travail et l'infirmièr(e) du travail doivent néanmoins conserver une confidentialité lors de leurs échanges avec l'employeur et lors de la production d'écrits.

Les décisions prises par le médecin du travail sont établies à des fins thérapeutiques ou préventives. Elles sont alors communiquées aux employeurs par la réalisation d'avis d'aptitude, qui ne comportent pas d'informations médicales, mais s'appuient sur les notions de limitations d'activité et les restrictions de participation (26). Les limitations d'activités sont des difficultés vécues dans l'exécution de tâches et actions qu'accomplissent les individus. Il peut s'agir de ne pas effectuer un geste précis, par exemple de ne pas lever les épaules au-delà de 90 degrés. Les restrictions de participation sont des problèmes vécus dans la vie quotidienne, pour s'insérer dans leur environnement. Il peut s'agir, par exemple, de la mise en place d'une diminution du temps de travail appelée temps partiel thérapeutique (cette notion s'appelle retour au travail thérapeutique en Amérique du Nord).

Le projet de recherche dans lequel s'inscrit ce travail de thèse s'est attaché à l'étude du rôle et actions des médecins du travail et de l'infirmièr(e) du travail dans les situations de retour au travail suite à un trouble mental courant (27). En effet, les médecins du travail étudient la compatibilité entre l'état de santé d'une personne et son poste de travail, et nous pensons que cet acteur particulier peut avoir un rôle important dans le retour au travail. Cette étude est une partie d'un projet de recherche à plus grande échelle que nous nous proposons de décrire ci-après.

La Communauté de Pratiques internationale en Santé Mentale et Travail (CoP-SMT)

Le premier colloque « regards croisés sur la santé mentale et le retour au travail » a été organisé à Montréal en octobre 2021 par la Chaire de recherche en Santé mentale et travail du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (28). Les thèmes abordés ont permis de dialoguer autour des solutions et des stratégies à mettre en place pour les situations de retour au travail, ou de réinsertion au travail suite à un trouble psychique. La CoP-SMT, Communauté de Pratiques Internationale en Santé Mentale Travail a ainsi été créée au Québec en juin 2022 (29). La communauté est définie comme un espace à partir duquel on peut partager et construire des connaissances, et la pratique comme une façon d'aborder les problèmes récurrents d'un domaine particulier. La CoP-SMT est donc une Communauté de Pratiques sur la thématique : retour et réinsertion au travail – santé mentale/psychique.

La CoP-SMT rassemble de façon inter disciplinaire des intervenants qui peuvent être concernés par les problématiques liées à la santé mentale et au travail. Les intervenants peuvent être des chercheurs ou des intervenants « de terrain » (ex. professionnels de la santé mentale, professionnels de l'accompagnement, employeurs, agents de l'assurance). La CoP-SMT est internationale, avec un important versant francophone.

Les travaux se centrent sur plusieurs champs :

- Les arrêts de travail et le retour au travail suite à un éloignement de l'emploi dus à un trouble mental courant, et le rôle des différents acteurs, champ dans lequel s'inscrit ce travail de thèse et décrit supra.
- L'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique lié à un trouble psychique sévère, et le rôle du travail dans le rétablissement des personnes.

En lien avec le travail effectué en psychiatrie, il est montré que travail est un des facteurs qui contribue le plus au rétablissement des personnes ayant des troubles psychiques (30), notamment par les formes de reconnaissance sociale qu'il permet. Bien qu'il soit possible d'être engagé dans un processus de rétablissement en santé mentale sans exercer d'activité professionnelle, en supposant l'engagement dans

d'autres types d'activité et d'accomplissements, des études qualitatives reposant sur des entretiens avec des personnes atteintes de troubles psychiques et ayant un emploi, ont identifié les bénéfices suivants : identité sociale conférée par le travail aidant à se dégager de l'identité de malade, estime de soi, le sentiment d'appartenance, sentiment de bien-être et de but restauré à ses journées, intégration sociale, sentiment de citoyenneté, de contribution à la société, développement d'un réseau relationnel, réduction des préjugés stigmatisants (31). Les études montrent qu'avoir un emploi est à la fois un critère objectif du rétablissement, mais constitue aussi un des moyens privilégiés de ce rétablissement (32).

La notion de rétablissement en santé mentale caractérise le devenir de la personne présentant un trouble psychique, qui n'est pas seulement lié à l'évolution de la maladie mais également à d'autres facteurs personnels ou environnementaux. La notion de rétablissement en santé mentale est donc différente des notions médicales de guérison ou de rémission qui se limitent à décrire l'évolution de la maladie. Elle s'appuie sur un modèle global, bio psycho social (33).

La pratique de la réhabilitation psycho sociale en psychiatrie est un outil du rétablissement, il s'agit des services et techniques qui sont mis en place pour accompagner les personnes ayant des incapacités afin qu'ils puissent apprendre à construire un projet satisfaisant au regard de leurs attentes, avec le moins d'interventions possibles à terme (34). L'influence bi directionnelle entre le rétablissement en santé mentale et l'activité professionnelle est largement reconnue et appuyée par la recherche (35).

Les activités de la CoP-SMT sont définies sur plusieurs axes : Rencontres (animer la CoP-SMT), Ressources (apporter de la connaissance) et Recherche (développer des travaux de recherche). Les axes Rencontres et Ressources permettent à la CoP-SMT d'être un lieu de partage d'expériences.

L'axe de recherche porte sur le maintien en emploi durable de personnes aux prises avec un trouble psychique. Le développement de connaissances dans ce domaine doit nécessairement reposer sur des données probantes. Ces recherches peuvent amener, par exemple, à identifier des facteurs de prédiction, créer des outils de mesure validés, mettre en place des interventions psychosociales.

Les milieux de travail pourront ainsi mieux repérer et soutenir plus efficacement les personnes aux prises avec un trouble psychique et ainsi faciliter leur retour au travail ou leur maintien en emploi. Ces travaux espèrent aussi contribuer à réduire la stigmatisation entourant la divulgation d'un trouble psychique en milieu de travail (36)

Dans le cadre de l'activité de recherche de la CoP-SMT, un premier projet a été construit : l'étude « Les acteurs du retour au travail et de la réinsertion au travail de personnes avec un trouble mental/psychique : Rôle, actions, collaborations et perceptions ». Notre travail de thèse constitue une partie de cette étude globale, se centrant sur l'un des acteurs en France : les services de santé au travail. Nous utiliserons pour notre travail le terme d'étude ancillaire et celui d'étude principale pour le travail global.

METHODOLOGIE

Méthodologie générale de la recherche

Cette recherche s'appuie sur une étude principale, diffusée dans plusieurs pays francophones, et s'adressant à plusieurs intervenants, et une étude ancillaire reliée au projet de l'étude principale.

Étude principale : il s'agit de l'étude « Les acteurs du retour au travail et de la réinsertion au travail de personnes avec un trouble mental/psychique : Rôle, actions, collaborations et perceptions ».

Cette étude internationale francophone a pour objectif principal de documenter le rôle et actions des acteurs clefs du processus de retour au travail, provenant des systèmes de la santé, de l'entreprise et de l'assurance. Elle vise, par ailleurs, à mieux comprendre la collaboration inter acteurs du processus de retour au travail. Elle interroge également les représentations sociales des différents intervenants.

Étude ancillaire : il s'agit de l'étude « Retour au travail suite à des troubles psychiques : questionnaire à destination des services de santé au travail en France », qui est un focus sur les réponses des médecins et infirmier(e)s du travail en France.

L'objectif de cette étude était d'explorer les actions de retour au travail suite à un trouble mental courant dans le contexte des services de santé au travail en France. Plus précisément, les médecins du travail et infirmier(e)s du travail ont été interrogés sur leur sentiment d'efficacité vis-à-vis de différentes actions.

Le sentiment d'efficacité (ou sentiment de compétence) personnelle, tel que défini dans le cadre de l'étude, est un mécanisme cognitif traduisant les attentes et/ou croyances d'un individu dans sa capacité à pouvoir réaliser les actions nécessaires dans le but d'atteindre un objectif spécifique (tel que le retour au travail). Le sentiment de compétence des différents intervenants est une ressource pour favoriser le retour au travail. Nous formulons ici l'hypothèse que le sentiment d'efficacité exprimé par les acteurs est un levier pour la réalisation concrète des différentes actions pratiques de retour au travail.

Il apparaissait donc pertinent d'explorer cette dimension pour cet acteur clef du retour au travail en France.

L'objectif était de dégager quelles pratiques les médecins et infirmier(e)s du travail se sentaient le plus à même de mettre en œuvre et celles qui étaient les plus complexes pour cet acteur, ainsi que d'en comprendre les raisons sous-jacentes.

Pour répondre à notre question nous avons procédé à une étude observationnelle, descriptive, par recherche transversale, avec un questionnaire quantitatif autodéclaré, disponible en ligne sur le site internet de la CoP-SMT (27).

La construction de ce questionnaire a suivi plusieurs étapes qui vont être présentées ci-dessous.

Description du groupe de travail

Un groupe de travail a été constitué au sein des membres de la CoP-SMT pour la construction du questionnaire.

Cette étude a été développée par une vingtaine de collaborateurs du milieu de la recherche et d'intervenants de différents domaines (ex. santé publique, ergonomes, conseiller d'orientation, psychologue clinicien, psychologue du travail, neuropsychologue, psychiatre, médecin du travail, physiothérapeute, ergothérapeute, kinésithérapeute) dont le chercheur principal était le Pr Marc Corbière. Le protocole de recherche a été établi dans une démarche d'ouverture pour tenir compte des spécificités de chaque territoire francophone, du Canada francophone (Montréal, Ontario francophone), de la France (plusieurs villes comme Nantes, Paris, Bordeaux, Toulouse, Montpellier), de la Belgique (plusieurs villes comme Louvain, Verviers), de la Suisse (ex. Lausanne) et du Luxembourg.

Ils ont été recrutés suite au colloque « regards croisés sur la santé mentale et le retour au travail » par effet « boule de neige », par leurs intérêts de recherche communs, et ont d'ailleurs aussi contribué à la création de la Communauté de Pratiques en Santé Mentale Travail.

Ce groupe de travail s'est réuni régulièrement, au cours de 8 réunions par visioconférence, pendant l'année 2022 afin de solliciter l'opinion d'experts en vue d'atteindre un consensus (37). Ils ont pu apporter des perspectives sur la prise en charge du retour au travail, suite à un trouble mental courant, en partageant les points de vue de professions différentes et de cultures différentes, et ce, à partir des résultats

de l'examen de la portée (scoping review) sur le sujet (19). Les 200 actions proposées dans cette étude pour l'ensemble des acteurs ont été adaptées par acteur pour le questionnaire en ligne. Parmi ces 200 actions, 37 actions pouvaient concerner les médecins et infirmier(e)s du travail.

Populations cibles

Etude principale : concernant l'étude principale, les populations-cibles définies étaient les différents acteurs concernés par le retour au travail suite à des troubles psychiques, c'est-à-dire la personne en processus de retour au travail et son entourage, les acteurs du système de l'entreprise, de l'assurance et de la santé, en définissant précisément leur fonction.

Sur le plan géographique, il s'agissait d'une étude internationale francophone. Elle ciblait les acteurs des pays industrialisés francophones.



Les critères d'inclusion étaient : avoir eu une expérience en tant qu'acteur de retour au travail suite à un trouble psychique, dans les cinq dernières années. La durée de cinq ans a été choisie car une durée trop courte aurait risqué d'intégrer seulement la période de la pandémie au Covid-19 qui était spécifique et une durée trop longue de favoriser les biais de mémorisation.

Les critères d'exclusion étaient : ne pas avoir eu d'expérience en tant qu'acteur de retour au travail suite à un trouble psychique, ou que cette expérience soit plus ancienne que les cinq dernières années, ne pas parler français.

Étude ancillaire : notre travail de thèse s'est intéressé aux réponses au questionnaire produites par une partie de la population étudiée : les acteurs des systèmes de santé au travail en France. Le questionnaire était destiné à tout médecin du travail et infirmier(e) du travail, y compris internes, médecins en reconversion en médecine du travail, et médecins du travail retraités, quel que soit le mode d'exercice, exerçant en France.

Recueil et traitement des données

Modalités de construction du questionnaire : Le recueil des données s'est fait par un questionnaire en ligne. L'étude se présente sous la forme d'un questionnaire autodéclaré utilisant le support *Limesurvey*, en s'appuyant sur le travail de *scoping review* précédemment cité (19).

La construction du questionnaire a eu lieu au cours des réunions du groupe de travail. En introduction du questionnaire, le groupe de travail a souhaité clarifier le vocabulaire. Un lexique a été établi, reprenant des termes équivalents pour pouvoir être compris par les différents répondants francophones (par exemple, il est précisé que « travailleur » fait aussi référence à « salarié », « employé » ou « assuré »).

Les collaborateurs du groupe de travail ont vérifié la compréhension des questions, et leur adaptation aux différents acteurs ciblés et contextes culturels (validité apparente). Lors de la phase de pré-test du questionnaire, d'une durée de deux semaines et réalisée auprès des 20 collaborateurs, la principale modification apportée a été l'ajout de deux propositions dans la partie (i) actions : le répondant peut cocher « Cette pratique est hors de mes fonctions » ou « Cette pratique n'est pas autorisée dans le cadre de mes fonctions ». En effet, le sentiment d'efficacité doit évaluer les croyances quant à la capacité à réaliser d'éventuelles pratiques, mais possibles. Le questionnaire étant adressée à des nombreux acteurs différents, il a été relevé que dans certains contextes, la tâche sur laquelle l'acteur est interrogé quant à son sentiment d'efficacité peut être hors de ses fonctions, voire non légale dans le cadre de ses fonctions. Ces deux propositions ont permis de rendre le questionnaire moins ambigu et valide.

Comme mentionné plus haut, le questionnaire suit les objectifs de l'étude et est structuré en 3 parties. La construction du questionnaire suit donc la structure suivante : étude du rôle et des actions des médecins et infirmier(e)s du travail en France lors du retour au travail suite à un trouble psychique, de la collaboration avec les différents acteurs du processus de retour au travail, des représentations sociales des médecins et infirmier(e)s du travail en France.

Dans ce travail de thèse, nous nous concentrons sur le sentiment d'efficacité des médecins et infirmier(e)s du travail en France vis-à-vis de leur rôle et actions lors du retour au travail suite à un trouble psychique.

Structure du questionnaire : Les données sociodémographiques des répondants sont recueillies par 6 questions. Les deux premières questions portent sur le titre exact d'emploi et les systèmes : de travail, d'assurance de santé ou de l'accompagnement, auxquels s'identifie le répondant (il est possible de s'identifier à plusieurs systèmes si cela correspond au point de vue du répondant). Les questions suivantes portent sur le pays francophone de résidence (il s'agit toujours de la France pour l'étude ancillaire) et de façon optionnelle la ville de résidence, le genre et l'âge.

La première partie concerne les actions et le sentiment d'efficacité de l'acteur. Cette partie comporte 39 questions, dont 19 questions qui concernent le processus de retour au travail de façon générale, avec des questions qui peuvent être relatives à toutes les phases de retour au travail (par exemple « entretenir avec le travailleur une relation fondée sur la confiance et une bonne alliance de travail ») 14 questions qui concernent la phase de l'absence maladie (par exemple « prendre connaissance du dossier du travailleur qui est en absence maladie ») , 4 questions qui concernent la phase de retour au travail (par exemple « encourager le travailleur à développer des stratégies d'adaptation en milieu de travail ») , 2 questions sur le type de troubles et la durée de l'absence maladie possible auxquelles pensait le répondant (qui sont « à quel type de trouble mental/psychique avez-vous principalement pensé en répondant à ce questionnaire » et « à quelle durée d'absence maladie avez-vous principalement pensé en répondant à ce questionnaire »).

Les réponses aux différentes questions vont de "1 : pas du tout capable" à "6 : tout à fait capable". L'objectif était d'amener les répondants à décrire ce qu'ils font lors de leur accompagnement dans la démarche de retour au travail de leurs patients.

Considérations éthiques : le protocole de recherche a reçu en juillet 2022 le certificat d'approbation éthique du CIEREH Comité International d'Éthique de la Recherche sur des Êtres Humains, qui est le comité d'éthique multidisciplinaire mis en place par l'UQAM. Concernant la France, après avis du Comité de Protection des Personnes de Nantes, il s'agit d'un questionnaire qui évalue les pratiques de professionnels de santé ou des acteurs de la vie sociale, ce qui ne nécessite pas d'accord par un comité d'éthique.

La diffusion du questionnaire a débuté après l'accord du comité d'éthique, le 03 novembre 2022 et se poursuivra, au moins, jusqu'à juin 2023 pour recueillir le maximum de réponses de chaque acteur, notamment celles du médecin du travail et infirmier(e) du travail. Les résultats présentés ici sont donc incomplets ; la totalité des résultats de l'étude ancillaire et de l'étude principale seront analysés dans des travaux ultérieurs.

Diffusion du questionnaire : le mode de diffusion du questionnaire a eu lieu par messagerie électronique. Nous avons sollicité les services inter-entreprises (réseau *présance*), le service de santé au travail de la région Nantaise SSTRN, la médecine hospitalière ANMTEPH, la mutualité sociale agricole MSA. Le message présentait le thème de l'étude et son objectif et invitait les médecins et infirmier(e)s du travail à répondre en y accédant par le lien destiné à cet acteur. Nous avons obtenu des réponses favorables du SSTRN, de la médecine du travail hospitalière et de la mutualité sociale agricole pour la diffusion à l'ensemble des médecins du travail de leur secteur. Le message a également été envoyé à des médecins et infirmier(e)s du travail de façon individuelle ou via différents réseaux professionnels.

Analyse des données : nous avons effectué une analyse des données descriptive. Cette analyse s'est faite avec le logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), qui est un logiciel d'analyse statistique utilisé dans le domaine des sciences sociales. Il utilise des algorithmes permettant la gestion des données, l'analyse de ces données et la création de rapports de résultats.

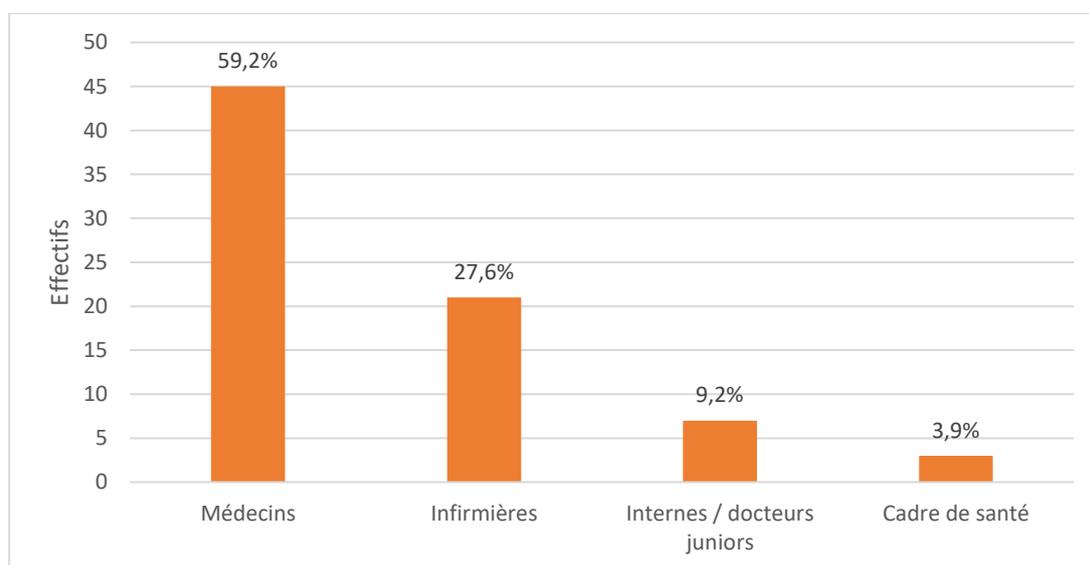
RESULTATS

Description des variables socio-démographiques

Pour l'analyse des résultats, 76 personnes de la France ont rempli l'ensemble du questionnaire.

Identité professionnelle des répondants

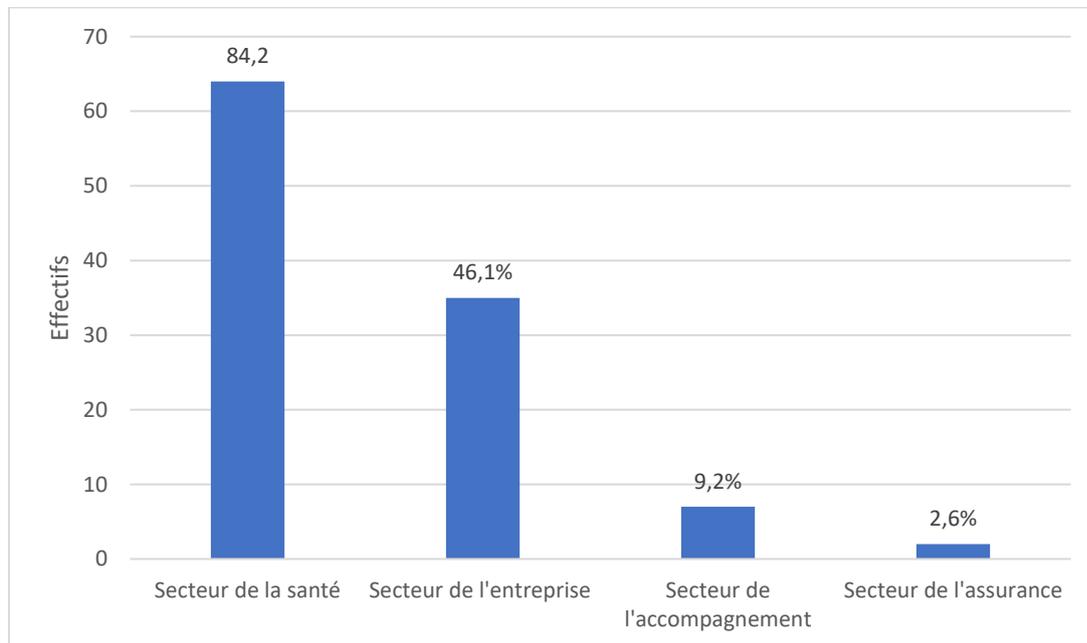
Figure 1 : Diagramme en barres représentant la répartition dans les différentes professions des professionnels de santé de l'étude (N = 76).



Les deux professions les plus représentées étaient les médecins et infirmières.

Secteur d'intervention auto-déclaré par les répondants.

Figure 2 : Diagramme en barres représentant la répartition dans les différents secteurs d'activité des professionnels de santé de l'étude (N = 76).

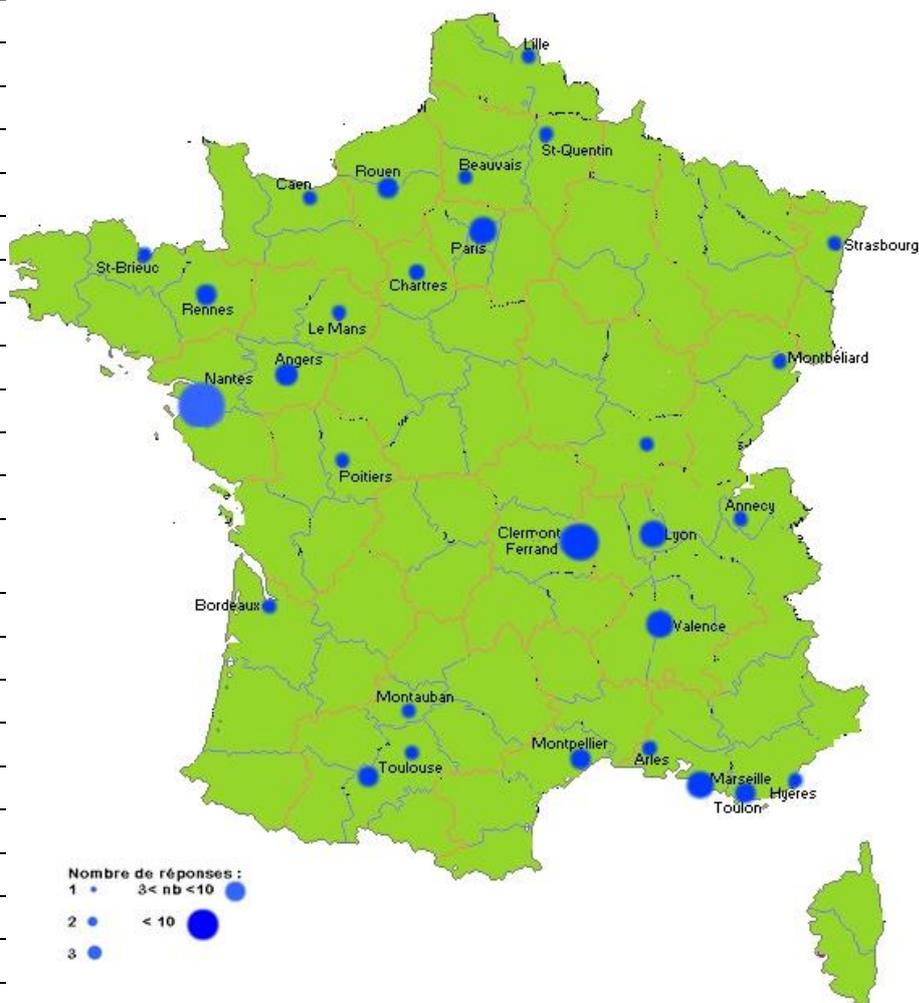


Il s'agit d'une appréciation personnelle du répondant, plusieurs combinaisons de réponses étant possibles.

Répartition géographique des répondants sur le territoire français

Figure 3. Carte représentant la répartition géographique des professionnels de santé de l'étude N=70.

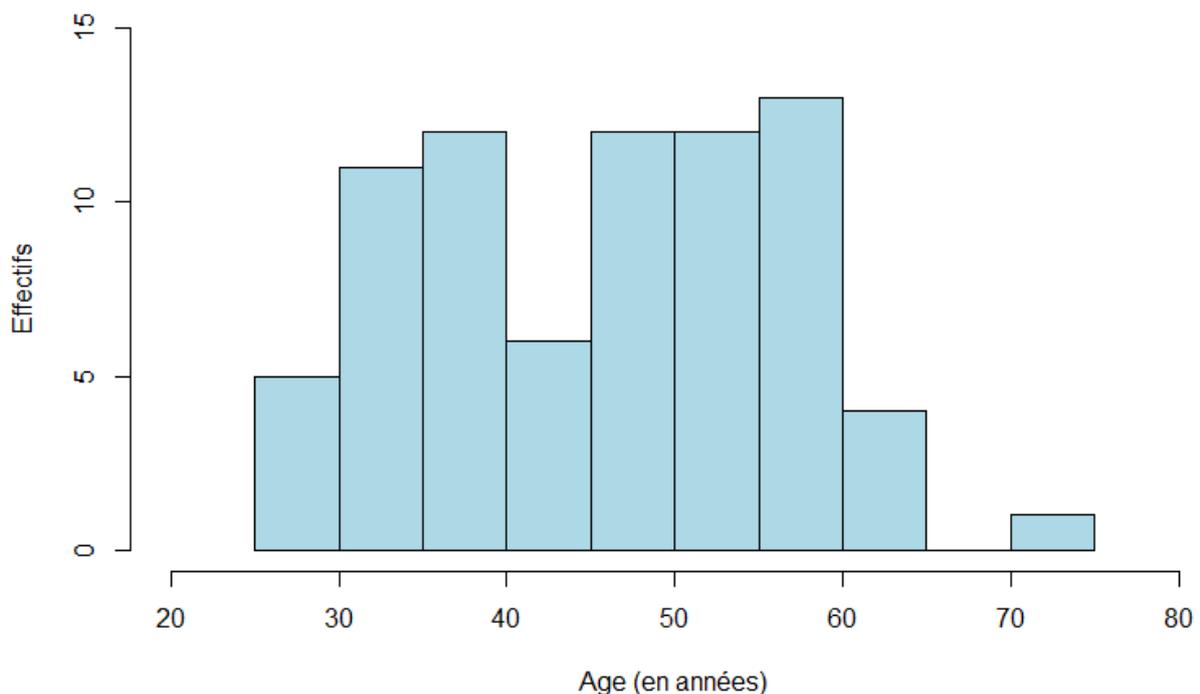
| | |
|--------------------|----|
| Angers | 2 |
| Annecy | 1 |
| Arles | 1 |
| Beauvais | 1 |
| Bordeaux | 1 |
| Caen | 1 |
| Chartres | 1 |
| Clermont-Ferrand | 8 |
| Ciotat | 1 |
| Le Mans | 1 |
| Lille | 1 |
| Lyon | 3 |
| Marseille | 3 |
| Montauban | 1 |
| Montbéliard | 1 |
| Montceau les mines | 1 |
| Montpellier | 2 |
| Nantes | 21 |
| Paris | 3 |
| Poitiers | 1 |
| Rennes | 2 |
| Rouen | 2 |
| Saint Brieuc | 1 |
| Saint Quentin | 1 |
| Saint Gaudens | 2 |
| Strasbourg | 1 |
| Toulon | 2 |
| Toulouse | 1 |
| Valence | 3 |



Répartition par âge et sexe des répondants

Dans l'échantillon de 76 participants, il y avait 55 femmes et 21 hommes soit 72,4 % de femmes et 27,6 % d'hommes. Cette variable n'a pas fait l'objet de représentation graphique.

Figure 4 : Histogramme représentant la répartition par âge des professionnels de santé de l'étude sur les pratiques dans le cadre du retour au travail suite à des troubles psychiques, France 2023 (N = 76).



La moyenne d'âge est de 46,2 ans avec un écart type de 10,8 ans. La médiane est de 47,5 ans avec un minimum de 25 ans et un maximum de 71 ans.

Description des 37 questions concernant le sentiment d'efficacité des médecins et infirmier(e)s du travail au regard des pratiques de retour au travail

Tableau 1: Effectif et pourcentage de réponse aux questions relatives au ressenti des professionnels de santé de l'étude sur les pratiques dans le cadre du retour au travail suite à des troubles psychiques, France 2023 (N = 76).

< 10 %
 > 10 % et < 20 %
 > 20 % et < 30 %
 > 30 % et < 40 %
 > 40 % et < 50 %
 > 50 %

| Variables étudiées | Effectif (Pourcentage) | | | | | | | |
|--|------------------------|-------------|--------------------|----------------|-----------|---------------------|---------------|----------------|
| | Pas du tout capable | Pas capable | Plutôt pas capable | Plutôt capable | Capable | Tout à fait capable | Hors fonction | Non autorisé e |
| De façon générale | | | | | | | | |
| Question 1 : adopter une approche éthique (neutralité, impartialité) concernant la situation du travailleur et les besoins de l'organisation | | | | 10 (13,2) | 25 (32,9) | 41 (53,9) | | |
| Question 2 : informer le personnel chargé de la santé et de la sécurité au travail de l'état de santé du travailleur (p. ex., signes précurseurs) | | | 1 (1,3) | 14 (18,4) | 21 (27,6) | 22 (28,9) | 4 (5,3) | 14 (18,4) |
| Question 3 : offrir vos conseils au personnel chargé de la santé et de la sécurité au travail, sur la manière d'accompagner le travailleur dans son processus de retour au travail | | | 1 (1,3) | 15 (19,7) | 27 (35,5) | 31 (40,8) | 2 (2,6) | |

| Variables étudiées | Effectif (Pourcentage) | | | | | | | |
|--|------------------------|-------------|--------------------|----------------|-----------|---------------------|---------------|----------------|
| | Pas du tout capable | Pas capable | Plutôt pas capable | Plutôt capable | Capable | Tout à fait capable | Hors fonction | Non autorisé e |
| Question 4 : soutenir le travailleur dans la compréhension de son problème de santé | | | 1 (1,3) | 13 (17,1) | 28 (36,8) | 34 (44,7) | | |
| Question 5 : axer vos interventions sur le rétablissement du travailleur tout en respectant la confidentialité des informations personnelles et médicales le concernant | | | 2 (2,6) | 12 (15,8) | 25 (32,9) | 34 (44,7) | 2 (2,6) | 1 (1,3) |
| Question 6 : suivre le traitement médical préconisé et l'évolution de l'état de santé du travailleur | | | 2 (2,6) | 17 (22,4) | 27 (35,5) | 16 (21,1) | 13 (17,1) | 1 (1,3) |
| Question 7 : prendre en compte la situation psychologique et physique du travailleur ainsi que ses antécédents professionnels | | | | 15 (19,7) | 21 (27,6) | 40 (52,6) | | |
| Question 8 : surveiller l'état de santé du travailleur en tenant compte de ses conditions de travail | | | 1 (1,3) | 10 (13,2) | 30 (39,5) | 35 (46,1) | | |
| Question 9 : discuter des conditions de travail avec le travailleur en prenant en considération tout conflit ou autre facteur de stress provenant de l'environnement organisationnel | | | 4 (5,3) | 12 (15,8) | 28 (36,8) | 32 (42,1) | | |

| Variables étudiées | Effectif (Pourcentage) | | | | | | | |
|---|------------------------|-------------|--------------------|----------------|-----------|---------------------|---------------|---------------|
| | Pas du tout capable | Pas capable | Plutôt pas capable | Plutôt capable | Capable | Tout à fait capable | Hors fonction | Non autorisée |
| Question 10 : savoir que les conflits interpersonnels (p. ex., entre le travailleur et son supérieur immédiat) peuvent compromettre le retour au travail du travailleur au sein de l'équipe | | | 1 (1,3) | 4 (5,3) | 25 (32,9) | 46 (60,5) | | |
| Question 11 : utiliser une intervention centrée sur la résolution des problèmes pour soutenir le travailleur à appliquer les stratégies développées ensemble | 5 (6,6) | | 11 (14,5) | 27 (35,5) | 22 (28,9) | 7 (9,2) | 4 (5,3) | |
| Question 12 : encourager le travailleur à participer activement à son processus de rétablissement | | | 4 (5,3) | 17 (22,4) | 27 (35,5) | 28 (36,8) | | |
| Question 13 : vous assurer que le travailleur ait accès aux ressources nécessaires à son rétablissement (p. ex., ressources médicales, réadaptation, aménagement de travail | | | 2 (2,6) | 21 (27,6) | 27 (35,5) | 23 (30,3) | 2 (2,6) | 1 (1,3) |
| Question 14 : évaluer régulièrement le mode de vie du travailleur (p. ex., sommeil, activités de la vie quotidienne) et ses symptômes physiques, cognitifs et psychologiques | | | 5 (6,6) | 19 (25,0) | 18 (23,7) | 30 (39,5) | 4 (5,3) | |
| Question 15 : avoir une bonne connaissance des différents diagnostics en santé mentale afin de pouvoir | | | 10 (13,2) | 30 (39,5) | 15 (19,7) | 18 (23,7) | 3 (3,9) | |

| Variables étudiées | Effectif (Pourcentage) | | | | | | | |
|--|------------------------|-------------|--------------------|----------------|-----------|---------------------|---------------|---------------|
| | Pas du tout capable | Pas capable | Plutôt pas capable | Plutôt capable | Capable | Tout à fait capable | Hors fonction | Non autorisée |
| les distinguer et les expliquer au travailleur si nécessaire | | | | | | | | |
| Question 16 : identifier les déclencheurs potentiels d'une absence maladie (p. ex., ceux de l'environnement de travail et de la vie personnelle) | | | 4 (5,3) | 27 (35,5) | 31 (40,8) | 12 (15,8) | 2 (2,6) | |
| Question 17 : entretenir avec le travailleur une relation fondée sur la confiance et une bonne alliance de travail | | | | 16 (21,1) | 22 (28,9) | 38 (50,0) | | |
| Question 18 : connaître les procédures de gestion de la présence au travail et le programme de RAT de l'organisation | | 1 (1,3) | 7 (9,2) | 28 (36,8) | 21 (27,6) | 11 (14,5) | 6 (7,9) | 2 (2,6) |
| Question 19 : participer aux activités de prévention qui favorisent la santé et la sécurité au travail | | | 5 (6,6) | 17 (22,4) | 25 (32,9) | 29 (38,2) | | |
| Pendant l'absence maladie | | | | | | | | |
| Question 20 : prendre connaissance du dossier du travailleur qui est en absence maladie | 1 (1,3) | 3 (3,9) | 5 (6,6) | 13 (17,1) | 18 (23,7) | 27 (35,5) | 3 (3,9) | 6 (7,9) |
| Question 21 : vous assurer que les évaluations médicales auprès du travailleur ont été effectuées | | 1 (1,3) | 10 (13,2) | 16 (21,1) | 13 (17,1) | 20 (26,3) | 10 (13,2) | 6 (7,9) |
| Question 22 : communiquer avec le travailleur pour lui expliquer le rôle de conseil des professionnels de | | 1 (1,3) | 1 (1,3) | 9 (11,8) | 21 (27,6) | 37 (48,7) | 4 (5,3) | 3 (3,9) |

| Variables étudiées | Effectif (Pourcentage) | | | | | | | |
|---|------------------------|-------------|--------------------|----------------|-----------|---------------------|---------------|---------------|
| | Pas du tout capable | Pas capable | Plutôt pas capable | Plutôt capable | Capable | Tout à fait capable | Hors fonction | Non autorisée |
| la santé, internes ou externes à l'organisation (p. ex., consultation d'un spécialiste) | | | | | | | | |
| Question 23 : comprendre la situation du travailleur (p. ex., symptômes, déclencheurs) et identifier tout conflit issu de l'environnement organisationnel | 1 (1,3) | | | 18 (23,7) | 32 (42,1) | 23 (30,3) | 1 (1,3) | 1 (1,3) |
| Question 24 : participer à la recherche de solutions pour de meilleures relations de travail et un environnement organisationnel plus sain | 1 (1,3) | 6 (7,9) | | 27 (35,5) | 24 (31,6) | 15 (19,7) | 2 (2,6) | 1 (1,3) |
| Question 25 : évaluer les symptômes cliniques du travailleur | 2 (2,6) | 1 (1,3) | | 18 (23,7) | 16 (21,1) | 27 (35,5) | 10 (13,2) | 2 (2,6) |
| Question 26 : évaluer les limitations fonctionnelles du travailleur | | | 6 (7,9) | 21 (27,6) | 24 (31,6) | 17 (22,4) | 6 (7,9) | 2 (2,6) |
| Question 27 : identifier les obstacles au retour au travail perçus par le travailleur | | | 1 (1,3) | 19 (25,0) | 27 (35,5) | 26 (34,2) | | 3 (3,9) |
| Question 28 : faire le suivi des interventions thérapeutiques et organisationnelles offertes au travailleur (p. ex., thérapie cognitive-comportementale, changement de poste) | 1 (1,3) | | 9 (11,8) | 15 (19,7) | 25 (32,9) | 10 (13,2) | 13 (17,1) | 3 (3,9) |

| Variables étudiées | Effectif (Pourcentage) | | | | | | | |
|--|------------------------|-------------|--------------------|----------------|-----------|---------------------|---------------|----------------|
| | Pas du tout capable | Pas capable | Plutôt pas capable | Plutôt capable | Capable | Tout à fait capable | Hors fonction | Non autorisé e |
| Question 29 : examiner les besoins d'aménagement du travail, en fonction de l'évaluation des potentiels obstacles au retour au travail perçus par le travailleur | | | 5 (6,6) | 18 (23,7) | 24 (31,6) | 25 (32,9) | 2 (2,6) | 2 (2,6) |
| Question 30 : discuter avec le travailleur des ajustements et des modalités possibles pour son retour au travail | | 1 (1,3) | 2 (2,6) | 11 (14,5) | 25 (32,9) | 31 (40,8) | 4 (5,3) | 2 (2,6) |
| Question 31 : participer à des réunions de préparation au retour au travail avec le travailleur et les autres acteurs concernés | | 1 (1,3) | 1 (1,3) | 18 (23,7) | 22 (28,9) | 29 (38,2) | 3 (3,9) | 2 (2,6) |
| Question 32 : évaluer le travailleur avant sa première journée de retour au travail | | | 4 (5,3) | 21 (27,6) | 19 (25,0) | 25 (32,9) | 5 (6,6) | 2 (2,6) |
| Question 33 : signaler au médecin de famille la présence d'obstacles éventuels dans le processus de rétablissement du travailleur (p. ex., détérioration de l'état de santé, révision de la posologie requise) | 1 (1,3) | 1 (1,3) | 4 (5,3) | 13 (17,1) | 17 (22,4) | 26 (34,2) | 10 (13,2) | 4 (5,3) |
| Pendant le retour au travail | | | | | | | | |
| Question 34 : veillez à ce que le plan de retour au travail soit respecté et proposer des ajustements si nécessaire (p. ex., aménagements de travail) | | | 5 (6,6) | 17 (22,4) | 23 (30,3) | 23 (30,3) | 6 (7,9) | 2 (2,6) |

| Variables étudiées | Effectif (Pourcentage) | | | | | | | |
|---|------------------------|-------------|--------------------|----------------|-----------|---------------------|---------------|---------------|
| | Pas du tout capable | Pas capable | Plutôt pas capable | Plutôt capable | Capable | Tout à fait capable | Hors fonction | Non autorisée |
| Question 35 : encourager le travailleur à développer des stratégies d'adaptation en milieu de travail, tout en tenant compte de son état de santé | | | 10 (13,2) | 21 (27,6) | 25 (32,9) | 19 (25,0) | 1 (1,3) | |
| Question 36 : poursuivre le suivi thérapeutique du travailleur pendant au moins les 3 premiers mois suivant son retour au travail | 1 (1,3) | 6 (7,9) | 14 (18,4) | 14 (18,4) | 17 (22,4) | 22 (28,9) | 2 (2,6) | |
| Question 37 : rester disponible pour répondre aux besoins du travailleur après les premiers mois du retour au travail | | 1 (1,3) | 15 (19,7) | 17 (22,4) | 42 (55,3) | 1 (1,3) | | |

Nous avons distribué les questions de la manière suivante :

- Tout d'abord, nous avons considéré quels étaient les points montrant un sentiment d'efficacité marqué, c'est-à-dire lorsque 90% ou plus de 90% des réponses appartenaient aux catégories « plutôt capable », « capable » ou « tout à fait capable ».
- Ensuite nous avons considéré quels étaient les points montrant un sentiment d'efficacité moins marqué, c'est-à-dire lorsque 10 % ou plus de 10% des réponses appartenaient aux catégories « pas du tout capable », « pas capable » et « plutôt pas capable ».
- Enfin, nous avons considéré les points montrant un sentiment d'efficacité moins marqué pour lesquels 10% ou plus de 10% des réponses appartenaient aux catégories « cette pratique est hors de mes fonctions » et « cette pratique n'est pas autorisée dans le cadre de mes fonctions ».

Remarque : certaines questions pouvaient ne rentrer dans aucune catégorie, lorsque les catégories « plutôt capable », « capable » ou « pas du tout capables » étaient inférieures à 90% des réponses, mais que les catégories « pas du tout capable », « pas capable », « plutôt pas capable » étaient inférieures à 10% des réponses et que les catégories « cette pratique est hors de mes fonctions », « cette pratique n'est pas autorisée dans le cadre de mes fonctions » étaient également inférieures à 10% des réponses. Il s'agit des questions 14, 22, 24, 29 et 30. Elles ne seront pas présentées par la suite.

Points montrant un sentiment d'efficacité marqué.

Ont été considérés comme des points montrant un sentiment d'efficacité marqué, lorsque 90% ou plus des réponses appartenaient aux catégories « plutôt capable », « capable » ou « tout à fait capable ». 17 points ont montré un sentiment d'efficacité marqué. L'ensemble des items concernés sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Questions identifiées comme des points montrant un sentiment d'efficacité marqué, parmi les 37 questions concernant le sentiment d'efficacité des professionnels de santé de l'étude (N = 76).

Points montrant un sentiment d'efficacité marqué

Question 1 : adopter une approche éthique (neutralité, impartialité) concernant la situation du travailleur et les besoins de l'organisation

Question 3 : offrir vos conseils au personnel chargé de la santé et de la sécurité au travail, sur la manière d'accompagner le travailleur dans son processus de retour au travail

Question 4 : soutenir le travailleur dans la compréhension de son problème de santé

Question 5 : axer vos interventions sur le rétablissement du travailleur tout en respectant la confidentialité des informations personnelles et médicales le concernant

Question 7 : prendre en compte la situation psychologique et physique du travailleur ainsi que ses antécédents professionnels

Question 8 : surveiller l'état de santé du travailleur en tenant compte de ses conditions de travail

Question 9 : discuter des conditions de travail avec le travailleur en prenant en considération tout conflit ou autre facteur de stress provenant de l'environnement organisationnel

Question 10 : savoir que les conflits interpersonnels (p. ex., entre le travailleur et son supérieur immédiat) peuvent compromettre le retour au travail du travailleur au sein de l'équipe

Question 12 : encourager le travailleur à participer activement à son processus de rétablissement

Question 13 : vous assurer que le travailleur ait accès aux ressources nécessaires à son rétablissement (p. ex., ressources médicales, réadaptation, aménagement de travail)

Question 16 : identifier les déclencheurs potentiels d'une absence maladie (p. ex., ceux de l'environnement de travail et de la vie personnelle)

Question 17 : entretenir avec le travailleur une relation fondée sur la confiance et une bonne alliance de travail

Question 19 : participer aux activités de prévention qui favorisent la santé et la sécurité au travail

Question 23 : comprendre la situation du travailleur (p. ex., symptômes, déclencheurs) et identifier tout conflit issu de l'environnement organisationnel

Question 27 : identifier les obstacles au retour au travail perçus par le travailleur

Question 31 : participer à des réunions de préparation au retour au travail avec le travailleur et les autres acteurs concernés

Question 37 : rester disponible pour répondre aux besoins du travailleur après les premiers mois du retour au travail

Points présentant un sentiment d'efficacité moins marqué (faible sentiment d'efficacité pour plus de 10% des répondants), MAIS considérés comme relevant de leurs fonctions

Ont été considérés comme des points montrant un sentiment d'efficacité moins marqué, lorsque moins de 90% des réponses appartenaient aux catégories « plutôt capable », « capable » ou « tout à fait capable » ; c'est-à-dire que plus de 10% des réponses appartenaient aux catégories « plutôt pas capable » ou « pas capable » ou « pas du tout capable ». 15 points ont montré un sentiment d'efficacité moins marqué. L'ensemble des items concernés sont présentés dans le tableau 3.

Tableau 3 : Questions identifiées comme des points montrant un sentiment d'efficacité moins marqué, parmi les 37 questions concernant le sentiment d'efficacité des professionnels de santé de l'étude (N = 76).

Points présentant un sentiment d'efficacité moins marqué (faible sentiment d'efficacité pour plus de 10% des répondants), MAIS considérés comme relevant de leurs fonctions

Question 2 : informer le personnel chargé de la santé et de la sécurité au travail de l'état de santé du travailleur (p. ex., signes précurseurs)

Question 6 : suivre le traitement médical préconisé et l'évolution de l'état de santé du travailleur

Question 11 : utiliser une intervention centrée sur la résolution des problèmes pour soutenir le travailleur à appliquer les stratégies développées ensemble

Question 15 : avoir une bonne connaissance des différents diagnostics en santé mentale afin de pouvoir les distinguer et les expliquer au travailleur si nécessaire.

Question 18 : connaître les procédures de gestion de la présence au travail et le programme de RAT de l'organisation

Question 20 : prendre connaissance du dossier du travailleur qui est en absence maladie

Question 21 : vous assurer que les évaluations médicales auprès du travailleur ont été effectuées

Question 25 : évaluer les symptômes cliniques du travailleur

Question 26 : évaluer les limitations fonctionnelles du travailleur

Question 28 : faire le suivi des interventions thérapeutiques et organisationnelles offertes au travailleur (p. ex., thérapie cognitive-comportementale, changement de poste)

Question 32 : évaluer le travailleur avant sa première journée de retour au travail

Question 33 : signaler au médecin de famille la présence d'obstacles éventuels dans le processus de rétablissement du travailleur (p. ex., détérioration de l'état de santé, révision de la posologie requise)

Question 34 : veillez à ce que le plan de retour au travail soit respecté et proposer des ajustements si nécessaire (p. ex., aménagements de travail)

Question 35 : encourager le travailleur à développer des stratégies d'adaptation en milieu de travail, tout en tenant compte de son état de santé

Question 36 : poursuivre le suivi thérapeutique du travailleur pendant au moins les 3 premiers mois suivant son retour au travail

Points présentant un sentiment d'efficacité moins marqué (faible sentiment d'efficacité pour plus de 10% des répondants), ET considérés comme étant hors de leurs fonctions ou non autorisés (plus de 10%)

Il s'agit des points pour lesquels les réponses aux catégories « cette pratique est hors de mes fonctions, cette pratique n'est pas autorisée dans le cadre de mes fonctions » étaient strictement supérieures à 10%, 12 points sont concernés. L'ensemble des items concernés sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4 : Questions identifiées comme des points que les acteurs considèrent fréquemment hors de leurs fonctions, parmi les 37 questions concernant le sentiment d'efficacité des professionnels de santé de l'étude (N = 76).

Points présentant un sentiment d'efficacité moins marqué (faible sentiment d'efficacité pour plus de 10% des répondants), ET considérés comme étant hors de leurs fonctions ou non autorisés (plus de 10%)

Question 2 : informer le personnel chargé de la santé et de la sécurité au travail de l'état de santé du travailleur (p. ex., signes précurseurs)

Question 6 : suivre le traitement médical préconisé et l'évolution de l'état de santé du travailleur

Question 18 : connaître les procédures de gestion de la présence au travail et le programme de RAT de l'organisation

Question 20 : prendre connaissance du dossier du travailleur qui est en absence maladie

Question 21 : vous assurer que les évaluations médicales auprès du travailleur ont été effectuées

Question 25 : évaluer les symptômes cliniques du travailleur

Question 26 : évaluer les limitations fonctionnelles du travailleur

Question 28 : faire le suivi des interventions thérapeutiques et organisationnelles offertes au travailleur (p. ex., thérapie cognitive-comportementale, changement de poste)

Question 32 : évaluer le travailleur avant sa première journée de retour au travail

Question 33 : signaler au médecin de famille la présence d'obstacles éventuels dans le processus de rétablissement du travailleur (p. ex., détérioration de l'état de santé, révision de la posologie requise)

Question 34 : veillez à ce que le plan de retour au travail soit respecté et proposer des ajustements si nécessaire (p. ex., aménagements de travail)

Question 36 : poursuivre le suivi thérapeutique du travailleur pendant au moins les 3 premiers mois suivant son retour au travail

Points présentant un sentiment d'efficacité moins marqué (faible sentiment d'efficacité pour plus de 10% des répondants), MAIS considérés comme relevant de leurs fonctions

*Figure 5 : Diagramme en secteur représentant la répartition des professionnels de santé de l'étude à la question 11 : **utiliser une intervention centrée sur la résolution des problèmes pour soutenir le travailleur à appliquer les stratégies développées ensemble** (N = 76).*

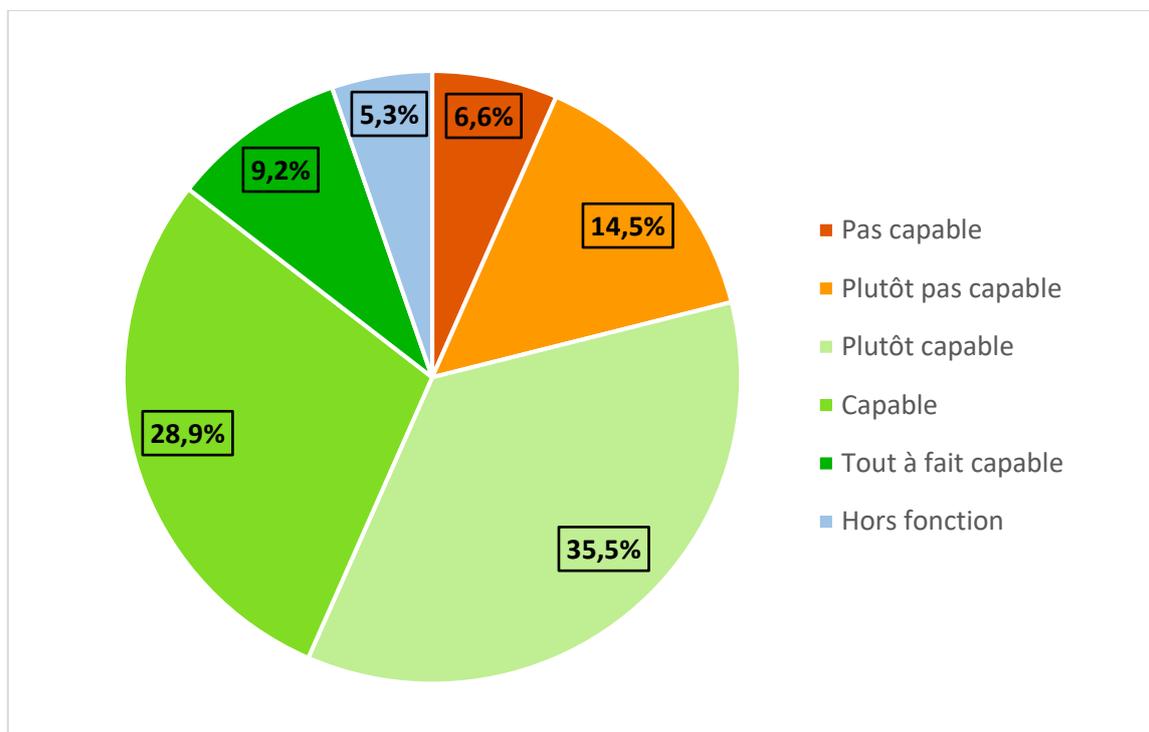


Figure 6 : Diagramme en secteur représentant la répartition des professionnels de santé de l'étude à la question 15 : **avoir une bonne connaissance des différents diagnostics en santé mentale afin de pouvoir les distinguer et les expliquer au travailleur si nécessaire** (N = 76).

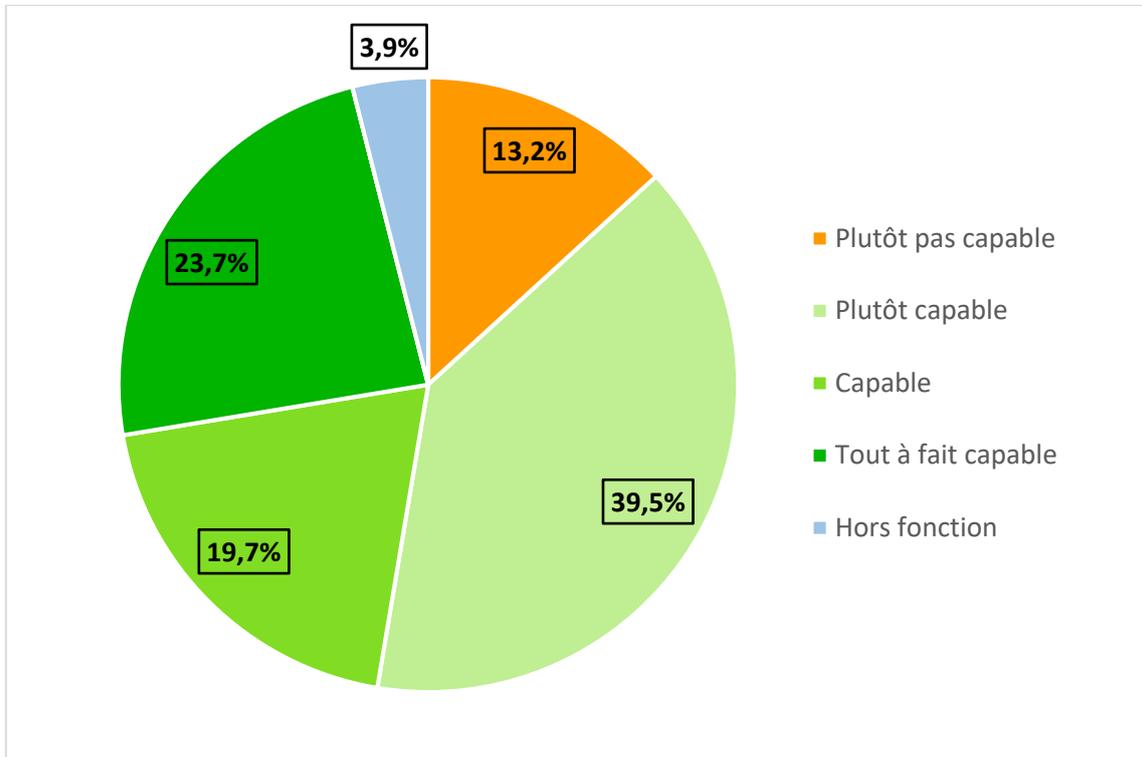
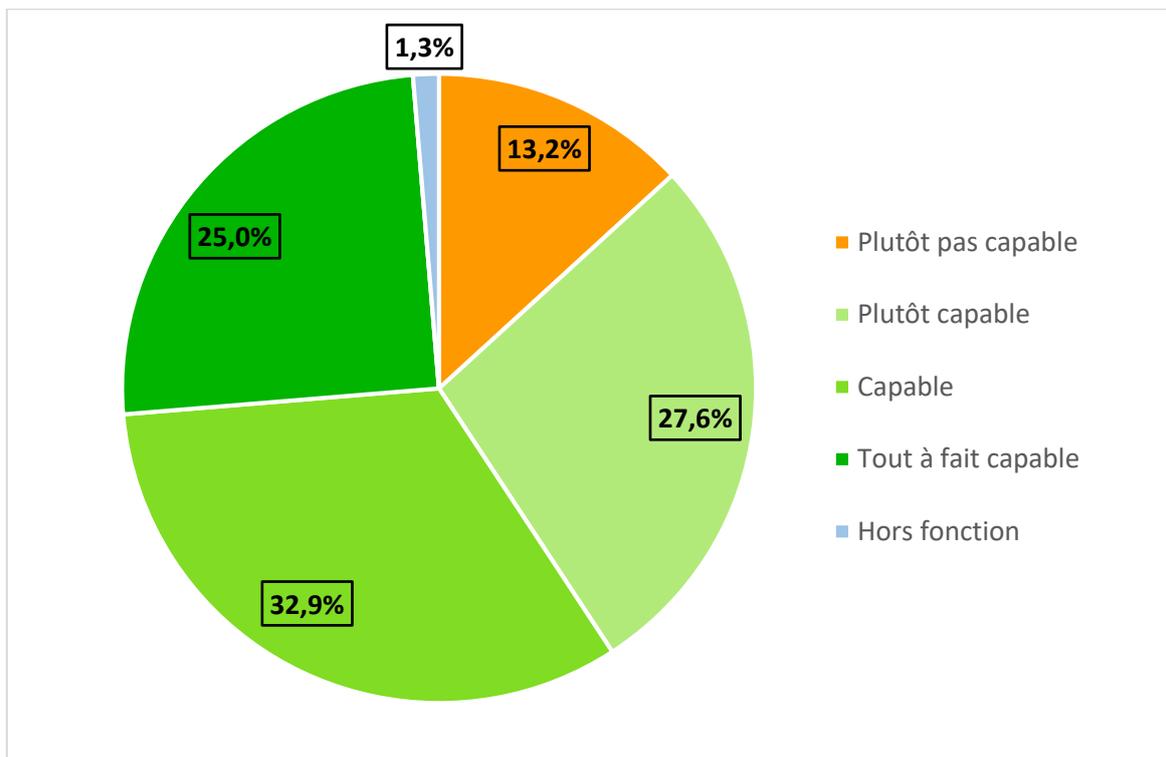


Figure 7 : Diagramme en secteur représentant la répartition des professionnels de santé de l'étude à la question 35 : **encourager le travailleur à développer des stratégies d'adaptation en milieu de travail, tout en tenant compte de son état de santé** (N = 76).



Points présentant un sentiment d'efficacité moins marqué (faible sentiment d'efficacité pour plus de 10% des répondants), ET considérés comme étant hors de leurs fonctions ou non autorisés (plus de 10%)

Figure 8 : Diagramme en secteur représentant la répartition des professionnels de santé de l'étude à la question 2 : **informer le personnel chargé de la santé et de la sécurité au travail de l'état de santé du travailleur (p. ex., signes précurseurs)** (N = 76).

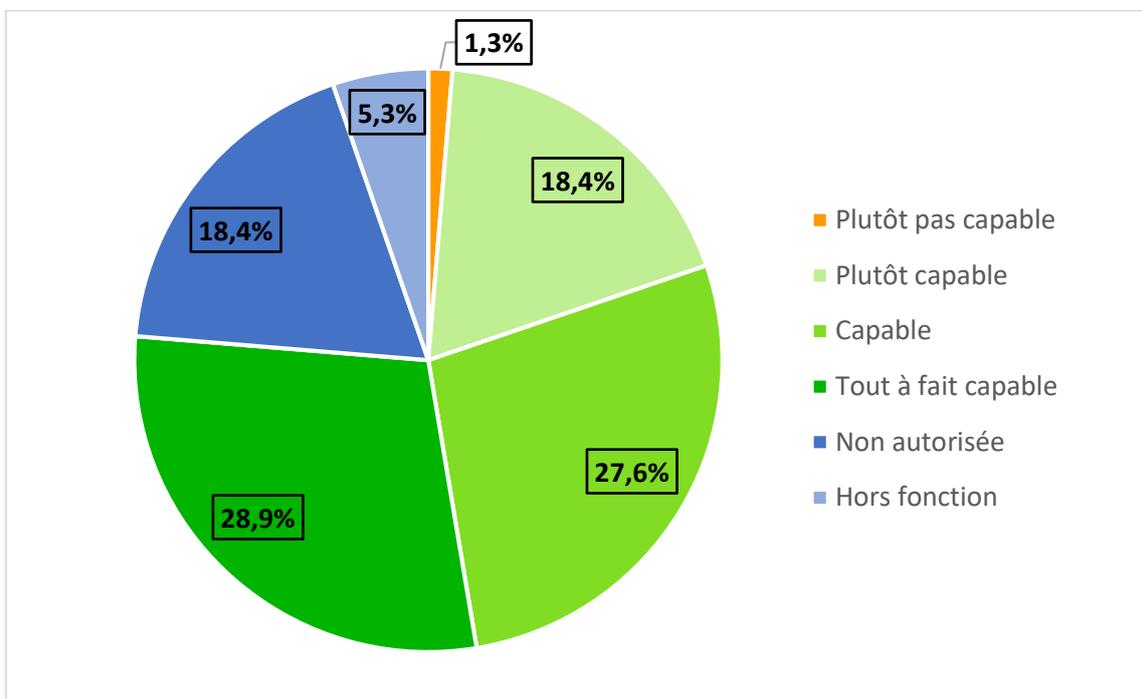


Figure 9 : Diagramme en secteur représentant la répartition des professionnels de santé de l'étude à la question 6 : **suivre le traitement médical préconisé et l'évolution de l'état de santé du travailleur**, France 2023 (N = 76).

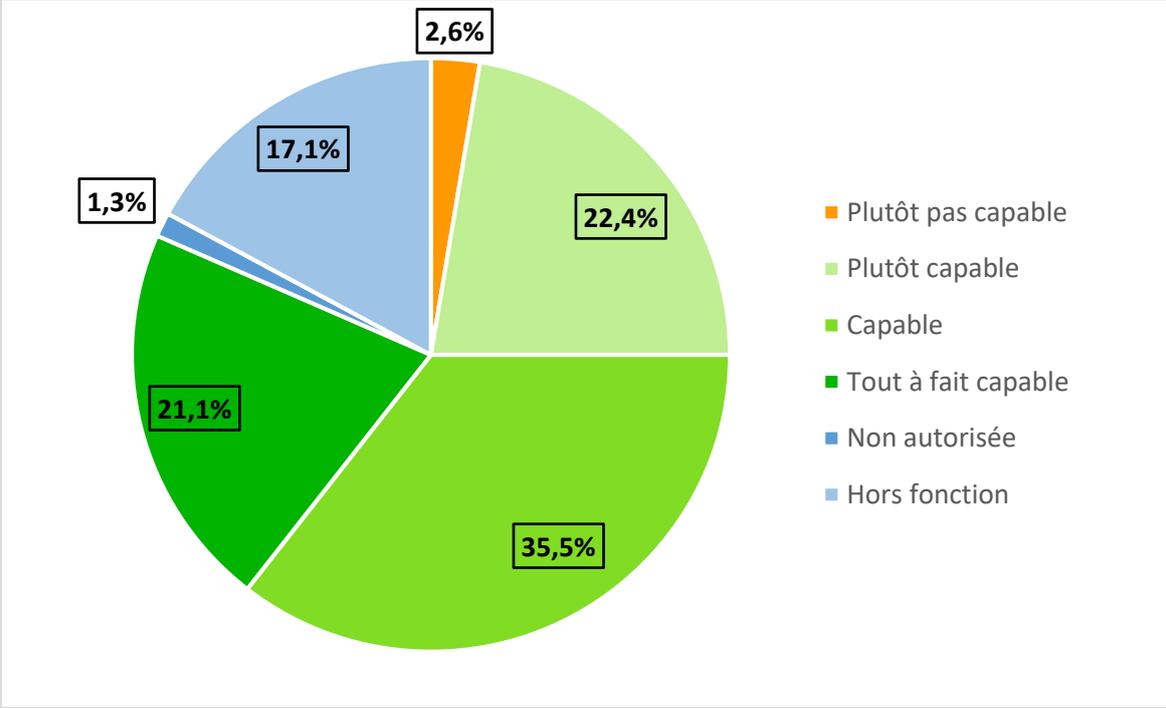


Figure 10 : Diagramme en secteur représentant la répartition des professionnels de santé de l'étude à la question 18 : **connaître les procédures de gestion de la présence au travail et le programme de retour au travail de l'organisation** (N = 76).

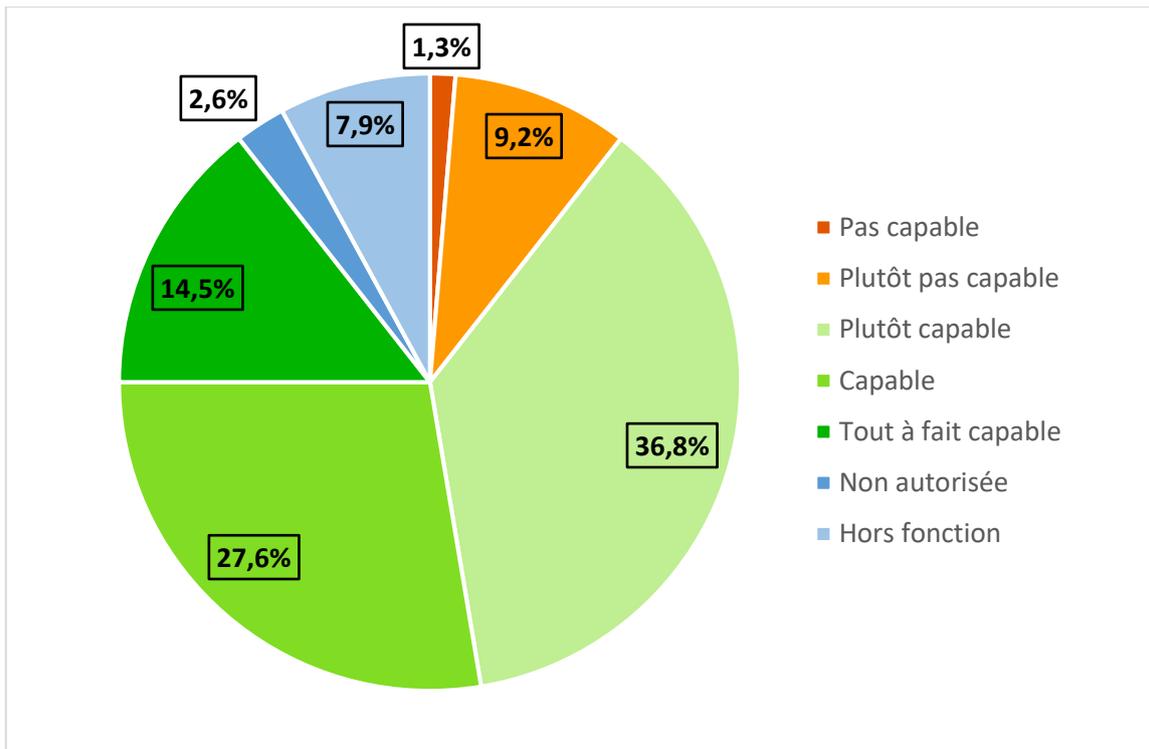


Figure 11 : Diagramme en secteur représentant la répartition des professionnels de santé de l'étude à la question 20 : **prendre connaissance du dossier du travailleur qui est en absence maladie**, (N = 76).

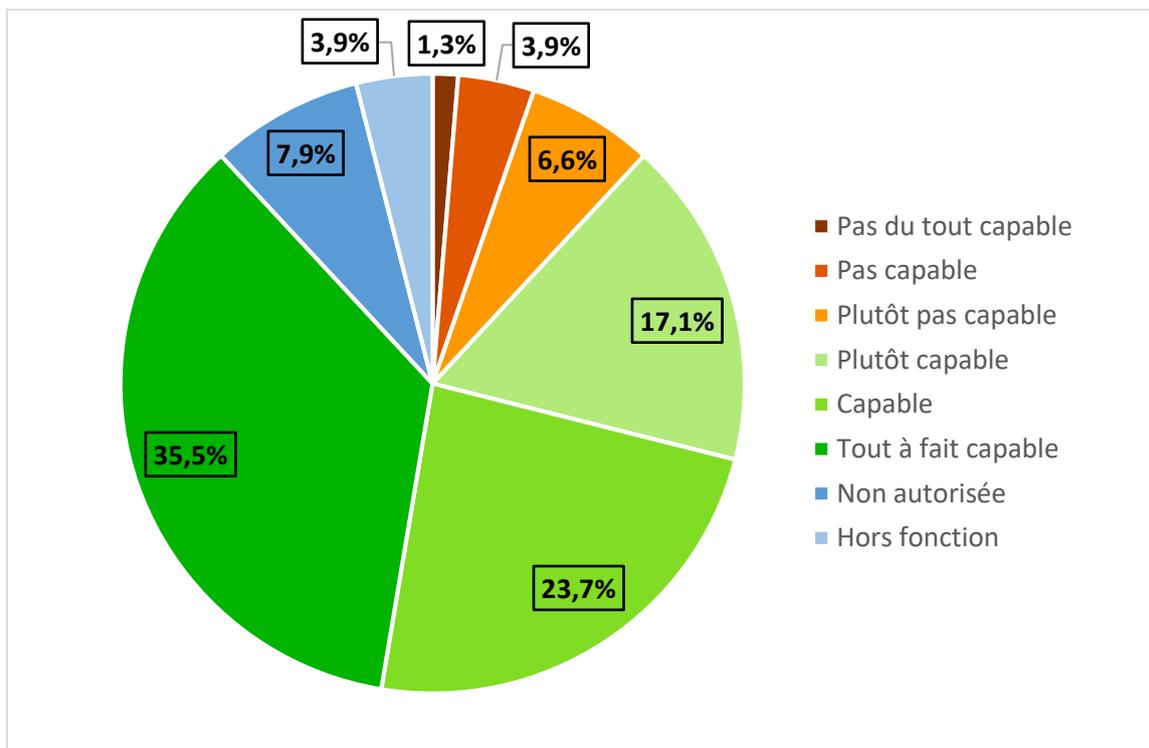


Figure 12 : Diagramme en secteur représentant la répartition des professionnels de santé de l'étude à la question 21 : **vous assurer que les évaluations médicales auprès du travailleur ont été effectuées** (N = 76).

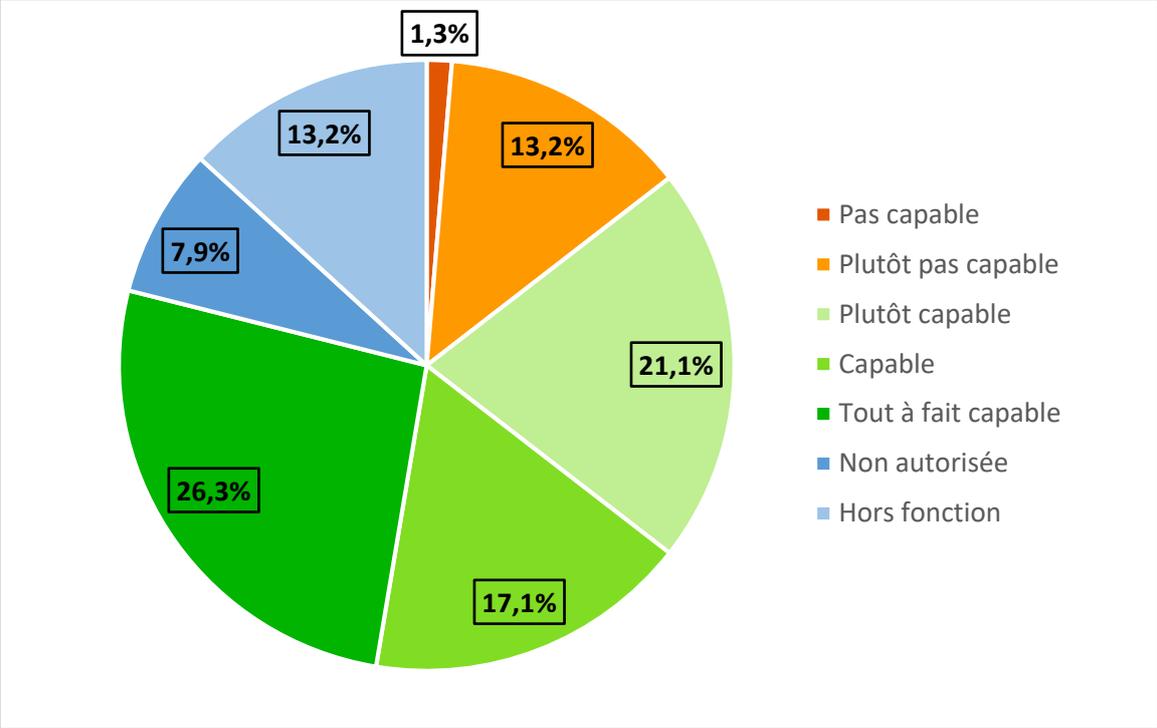


Figure 13 : Diagramme en secteur représentant la répartition des professionnels de santé de l'étude à la question 25 : évaluer les symptômes cliniques du travailleur (N = 76).

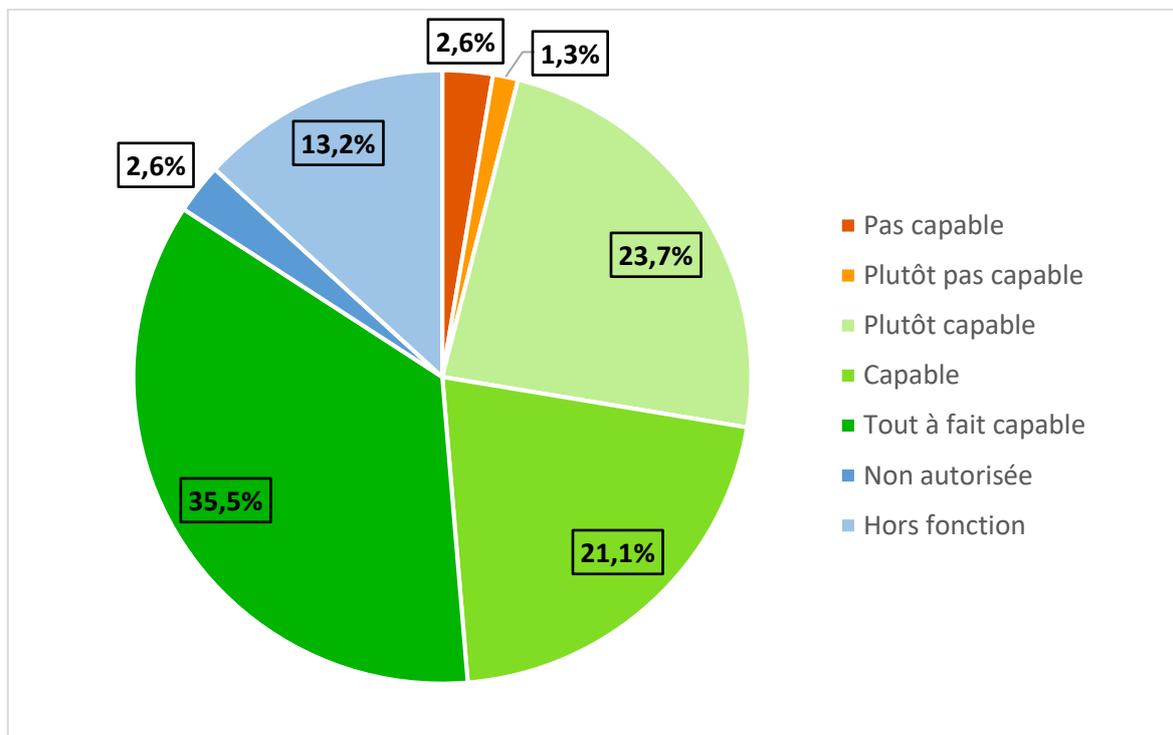


Figure 14 : Diagramme en secteur représentant la répartition des professionnels de santé de l'étude à la question 26 : évaluer les limitations fonctionnelles du travailleur (N = 76).

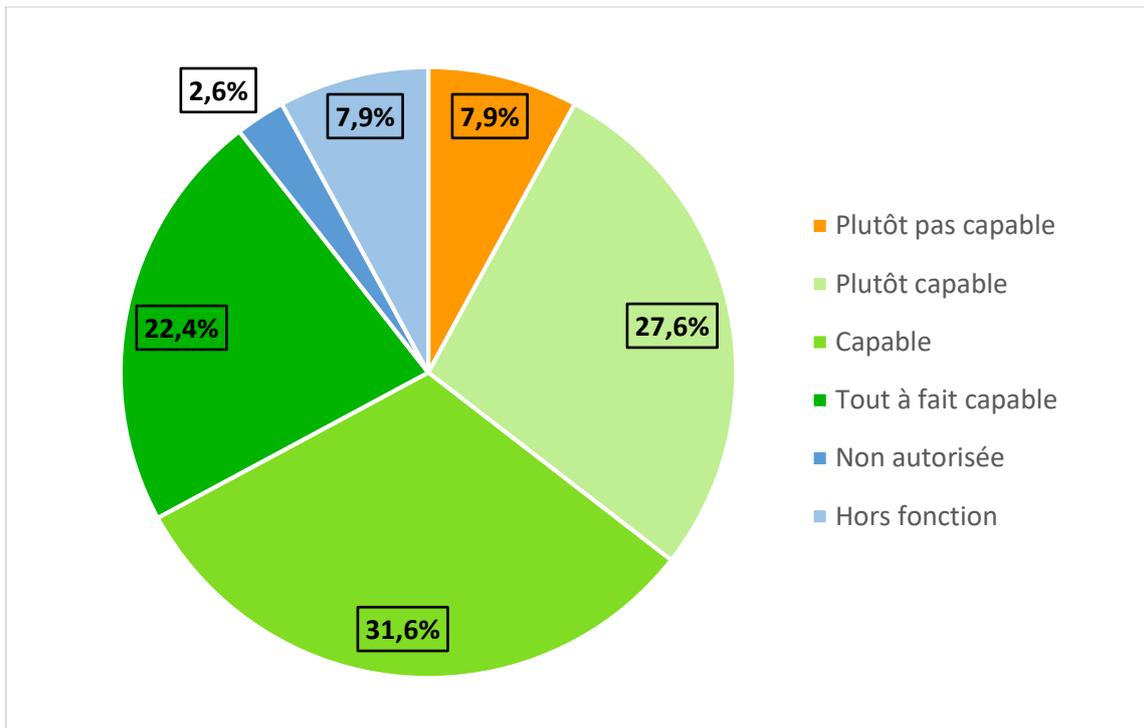


Figure 15 : Diagramme en secteur représentant la répartition des professionnels de santé de l'étude à la question 28 : **faire le suivi des interventions thérapeutiques et organisationnelles offertes au travailleur (p. ex., thérapie cognitive-comportementale, changement de poste)** (N = 76).

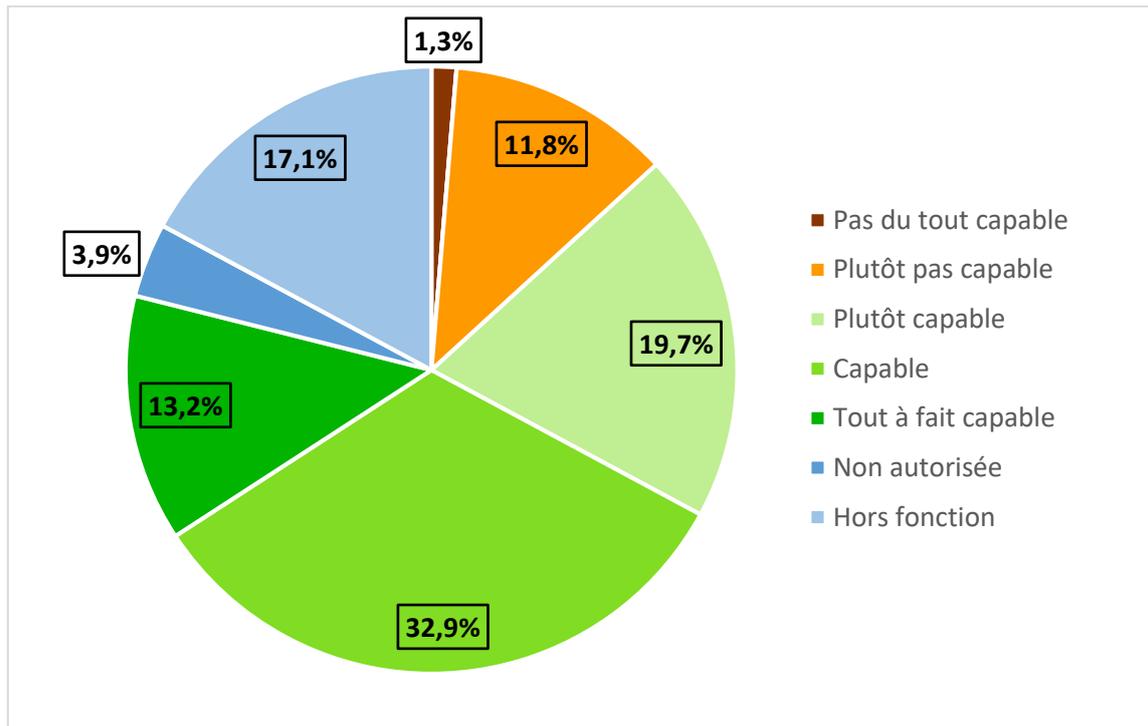


Figure 16 : Diagramme en secteur représentant la répartition des professionnels de santé de l'étude à la question 32 : évaluer le travailleur avant sa première journée de retour au travail (N = 76).

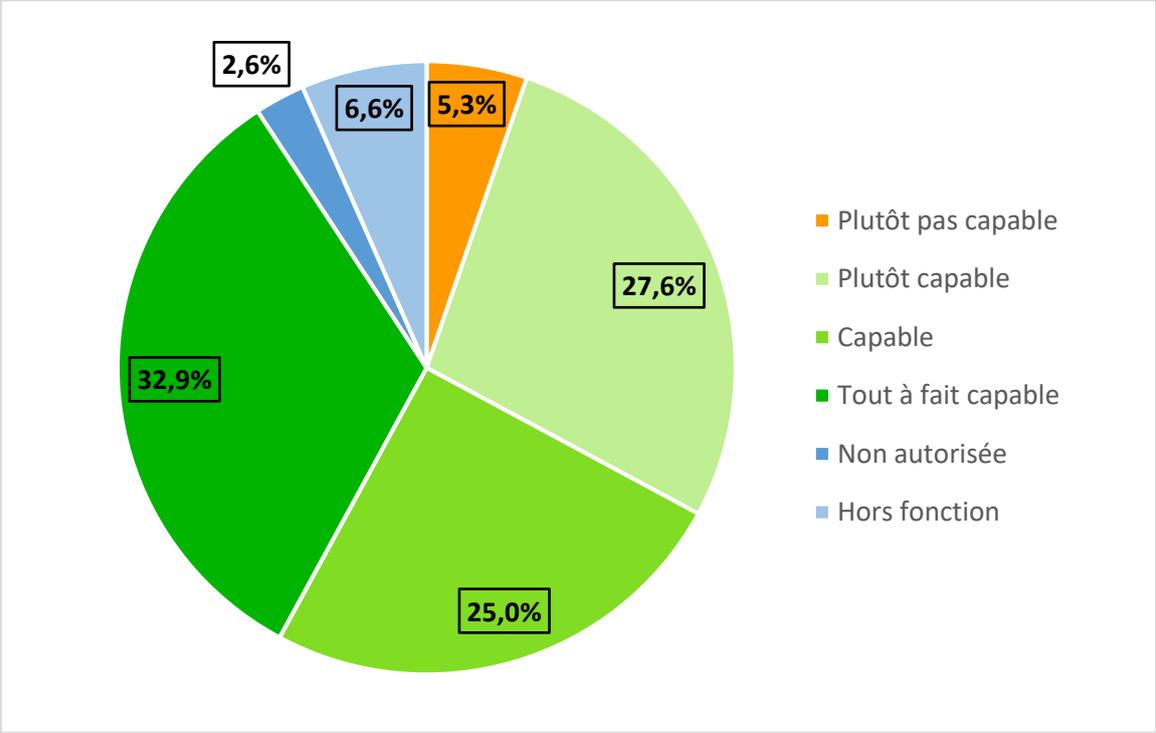


Figure 17 : Diagramme en secteur représentant la répartition des professionnels de santé de l'étude à la question 33 : **signaler au médecin de famille la présence d'obstacles éventuels dans le processus de rétablissement du travailleur (p. ex., détérioration de l'état de santé, révision de la posologie requise)** (N = 76).

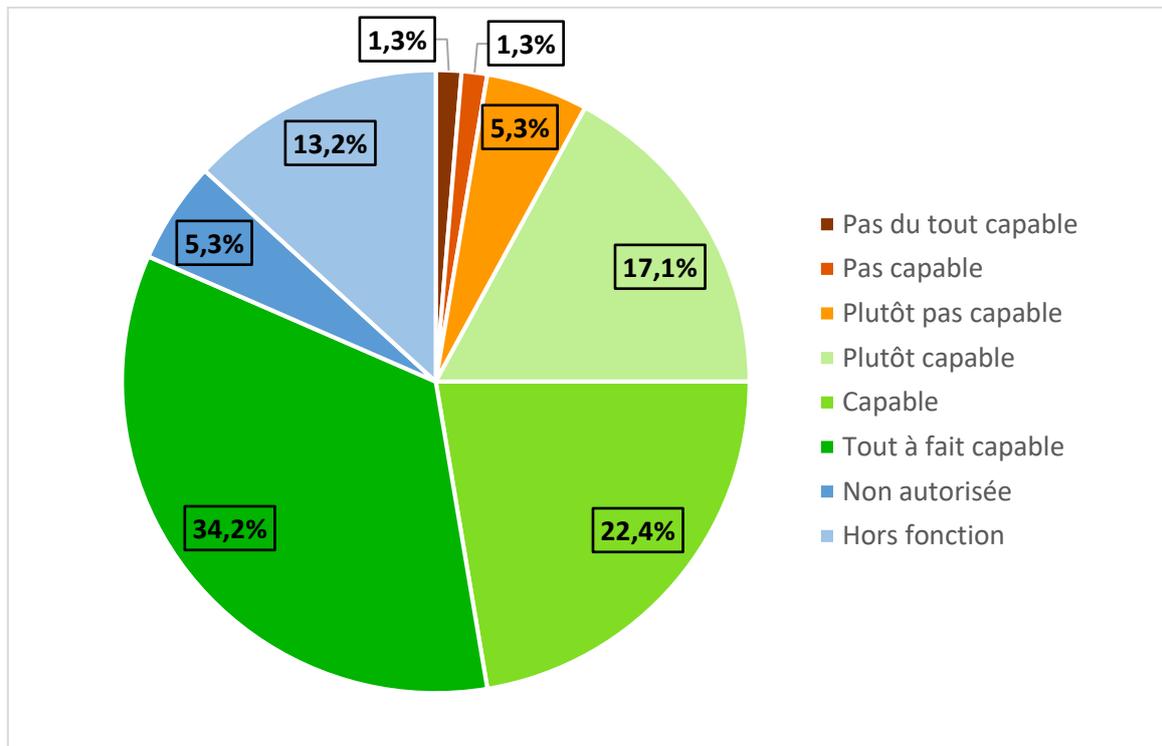


Figure 18 : Diagramme en secteur représentant la répartition des professionnels de santé de l'étude à la question 34 : **veillez à ce que le plan de retour au travail soit respecté et proposer des ajustements si nécessaire (p. ex., aménagements de travail)** (N = 76).

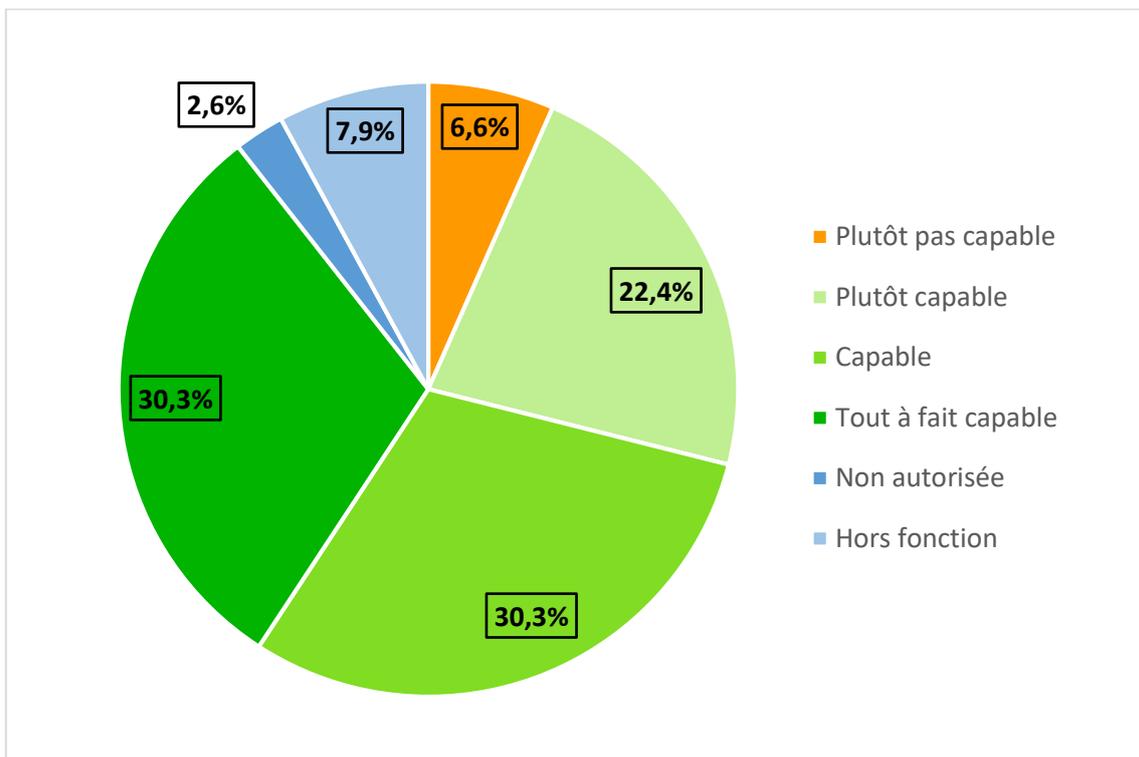
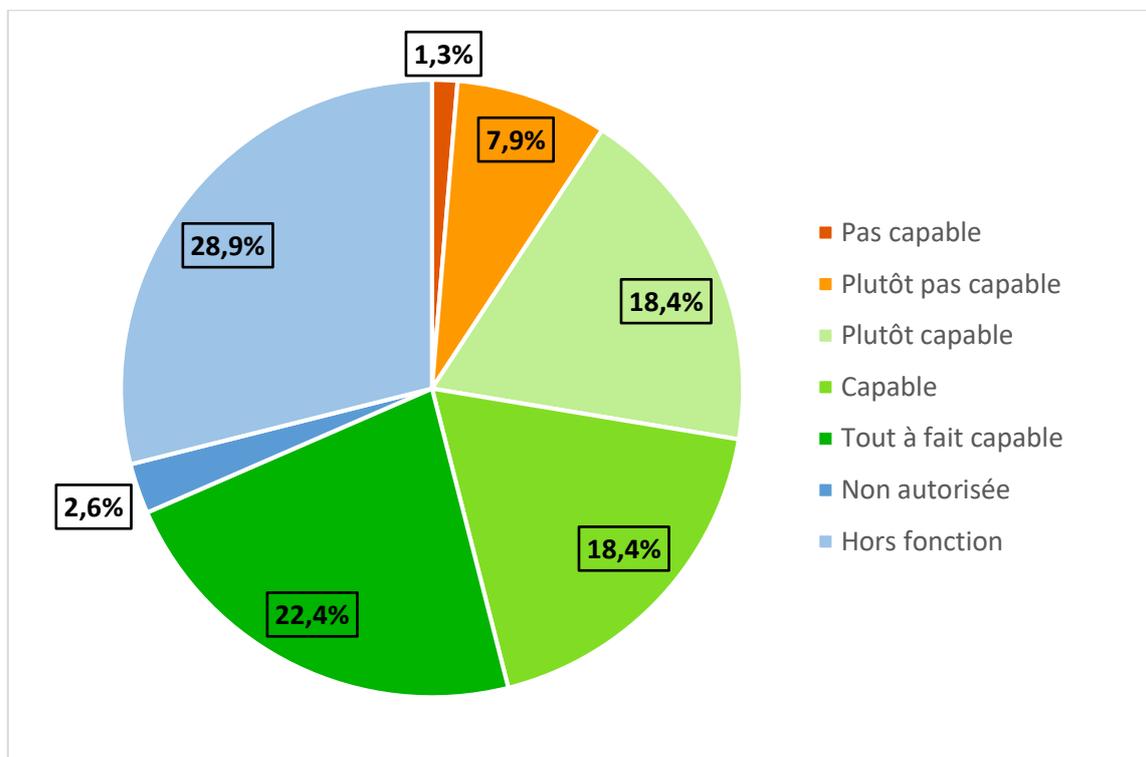


Figure 19 : Diagramme en secteur représentant la répartition des professionnels de santé de l'étude à la question 36 : **poursuivre le suivi thérapeutique du travailleur pendant au moins les 3 premiers mois suivant son retour au travail** (N = 76).

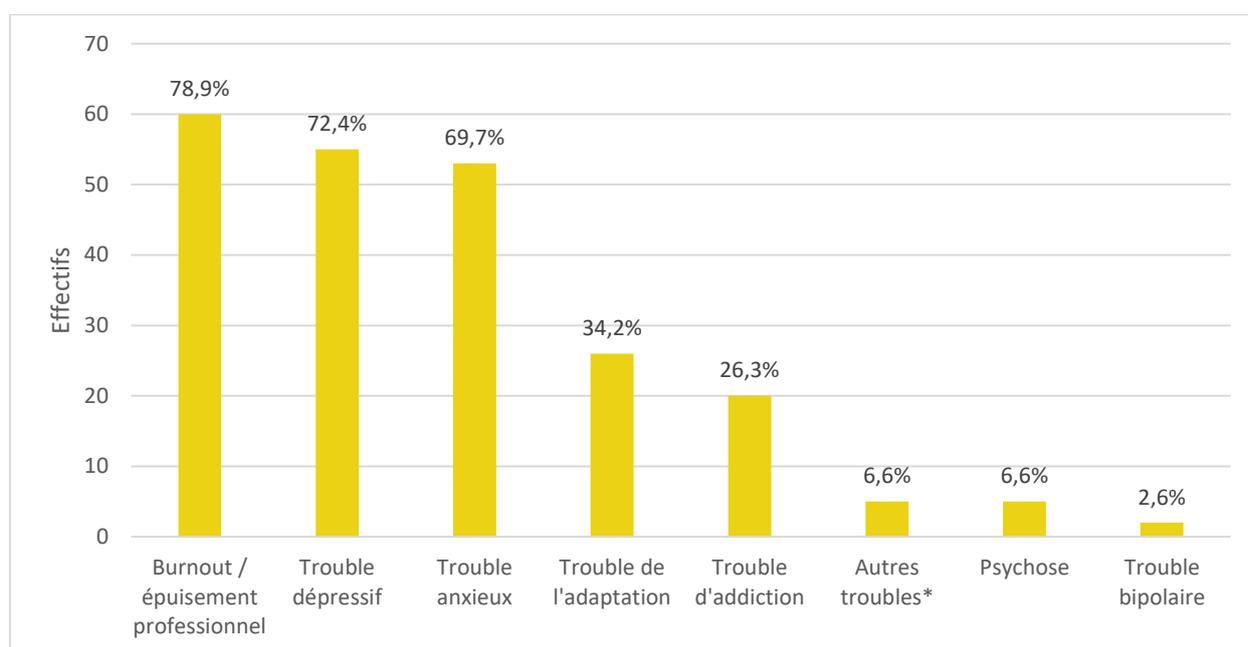


Description du type de troubles et de la durée d'absence rencontrés.

Figure 17 : Diagramme en barres représentant la répartition des différents types de troubles rencontrés par les professionnels de santé de l'étude (catégories non mutuellement exclusives) (N = 76).

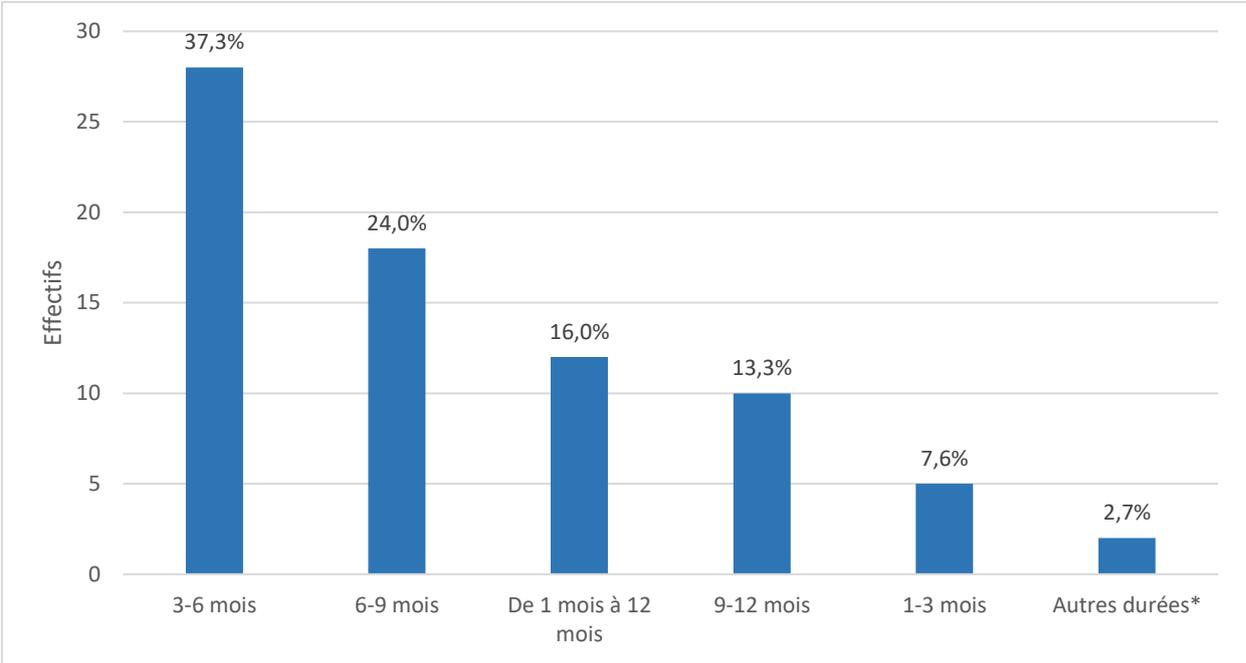
Les questions 38 et 39 visaient à demander aux répondants à quels troubles ils avaient pensé en répondant aux précédentes questions du questionnaire, puis à quelle durée d'arrêt maladie ils pensaient.

Les résultats à ces deux questions sont représentés dans les figure 17 et 18.



* Inconnu, personnalité paranoïaque, autres problèmes physiques (cancer, polytraumatismes)

Figure 18 : Diagramme en barres représentant la répartition des différentes durée d'absence rencontrées par les professionnels de santé de l'étude (N = 76).



* Pas de durée en particulier ou toute absence de plus d'un mois

DISCUSSION

Population d'étude

Dans la discussion, les termes « médecins et infirmier(e)s du travail » feront référence à l'ensemble des répondants (N=76), bien qu'il existe des nuances dans les professions (internes en médecine du travail, cadres de santé infirmiers).

Les répondants correspondent bien à la population qui était ciblée par l'étude. Ceux-ci étaient bien répartis en France, avec davantage de réponse dans la région Nantaise. Les tranches d'âges sont assez homogènes. 72% des répondants sont des femmes, ce qui est cohérent avec le fait que la médecine et santé au travail est une spécialité médicale fortement féminisée, ainsi que la profession infirmière (38).

La question suivante portait sur le secteur d'activité auxquels les répondants s'identifiaient. Il s'agit cette fois d'une appréciation personnelle du répondant, plusieurs combinaisons de réponses étant possibles.

Les répondants s'identifiaient principalement aux secteurs de la santé pour 84%, et au secteur de l'entreprise pour 46%. Il s'agit par définition de professions qui appartiennent au secteur de la santé (39). Cependant, ces professions mènent à des actions dans les entreprises (AMT actions en milieu de travail). Le médecin du travail doit passer un tiers de son temps en milieu de travail (décrets n° 79-231 du 20 mars 1979) et le libre accès aux milieux de travail est garanti pour le médecin du travail (Décret 88-1198 du 28 décembre 1988). Les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire doivent bénéficier de l'accord de l'employeur. Le médecin du travail dispose d'une place titulaire de droit au CSE (comité économique et social) de l'entreprise. Ces activités les rapprochent donc du monde de l'entreprise, auquel s'identifient environ la moitié des répondants.

Enfin, 9% des répondants s'identifient au secteur de l'accompagnement, avec une perception de leur rôle plus sociale, et 3% au secteur de l'assurance, le fonctionnement de la santé au travail pouvant être rapproché d'une démarche de prévention des risques et si besoin de réparation.

Dans l'ensemble, les réponses aux différentes questions montrent un sentiment d'efficacité lors de la prise en charge du retour au travail suite à un trouble psychique. Pour la totalité des questions, les réponses « plutôt capable, capable, tout à fait capable » dépassent les 50%.

Toutefois, parmi ces réponses, nous avons identifié des points présentant un sentiment d'efficacité marqué (voir *Tableau 2*), des points présentant un sentiment d'efficacité moins marqué (faible sentiment d'efficacité pour plus de 10% des répondants), MAIS considérés comme relevant de leurs fonctions (voir *Tableau 3*), et des points présentant un sentiment d'efficacité moins marqué (faible sentiment d'efficacité pour plus de 10% des répondants), ET considérés comme étant hors de leurs fonctions ou non autorisés (voir *Tableau 4*). Nous allons commenter ces différents points par groupe de questions.

Discussion concernant les points présentant un sentiment d'efficacité marqué supérieur à 90%

Ces points sont les suivants :

- Les questions 1 « Adopter une approche éthique (neutralité, impartialité) concernant la situation du travailleur et les besoins de l'organisation » et 17 « entretenir avec le travailleur une relation fondée sur la confiance et une bonne alliance de travail »

Ces questions montrent que les répondants se sentent capables d'avoir une approche éthique, en abordant d'une part la situation du travailleur et d'autre part les besoins de l'organisation. Cette éthique semble centrale dans le domaine des troubles psychiques au travail, dont le diagnostic est avant tout clinique. Elle est essentielle pour le médecin du travail, à la fois lié au secteur de la santé et de l'entreprise, notamment vis-à-vis de la question délicate des risques psycho sociaux (40).

Établir avec le travailleur une relation fondée sur la confiance et sur une bonne alliance de travail est un atout sur le plan des troubles psychiques, qui peut s'étendre à d'autres pathologies somatiques, notamment lorsqu'il existe une dimension fonctionnelle. Pour

les troubles musculo squelettiques TMS, définis comme « un ensemble de maladies localisées au niveau ou autour des articulations, tels que les poignets, les coudes, les épaules, le rachis ou encore les genoux », les facteurs favorisants sont évidemment les facteurs biomécaniques, mais également les facteurs psychosociaux, de façon reconnue par le ministère du travail (41).

La question de la douleur se trouve souvent intriquée avec celle des troubles mentaux courants. La douleur comporte une dimension sensorielle et une dimension émotionnelle (42). Lors de troubles dépressifs, la présence d'un syndrome douloureux chronique (supérieur à 3 mois) est fréquente : on estime qu'en population générale, le risque relatif de souffrir de l'un de ces troubles quand on est atteint de l'autre est de 2,5 en moyenne (43), ce qui pourrait être expliqué au niveau de la neurobiologie cérébrale par des facteurs de risques communs et un lien de causalité réciproque (44). Adopter une approche éthique est un élément fondamental, notamment dans le cadre des troubles psychiques souvent stigmatisés, dans le cadre des risques psychosociaux, ainsi que dans le cadre des troubles où les facteurs psychiques ou psychosociaux peuvent jouer un rôle important.

- Les questions 3 « offrir vos conseils au personnel chargé de la santé et de la sécurité au travail, sur la manière d'accompagner le travailleur dans son processus de retour au travail » et 19 « participer aux activités de prévention qui favorisent la santé et la sécurité au travail »

Cette question permet de rappeler que les médecins du travail et infirmier(e)s du travail ont un rôle de conseil auprès de l'employeur, des salariés, des représentants du personnel ; il ne s'agit pas d'un rôle coercitif. Les répondants se sont donc bien identifiés à cette question.

- Les questions 8 « surveiller l'état de santé du travailleur en tenant compte de ses conditions de travail », 10 « savoir que les conflits interpersonnels, p. ex. entre le travailleur et son supérieur immédiat, peuvent compromettre le retour au travail du travailleur au sein de l'équipe » 9 « discuter des conditions de travail avec le travailleur en prenant en considération tout conflit ou autre facteur de stress provenant de l'environnement organisationnel » et 23 « comprendre la situation du travailleur (p. ex. symptômes déclencheurs) et identifier tout conflit issu de l'environnement organisationnel »

Ces questions découlent directement du positionnement des médecins et infirmier(e)s du travail, qui interviennent directement sur les lieux de travail et ont une bonne connaissance de leur fonctionnement. Ils se sentent donc plus à même d'identifier les problématiques professionnelles qui pourraient avoir un impact sur le retour au travail du salarié, tels que des conflits organisationnels.

- Les questions 4 « Soutenir le travailleur dans la compréhension de son problème de santé », et 7 « prendre en compte la situation psychologique et physique du travailleur ainsi que ses antécédents professionnels »

Ces questions se réfèrent davantage au rôle médical des médecins du travail et infirmier(e)s du travail. Ceux-ci s'appuient sur leurs connaissances médicales pour donner leurs indications et conseils.

- Les questions 12 « encourager le travailleur à participer activement à son processus de rétablissement » et 13 « vous assurer que le travailleur ait accès aux ressources nécessaires à son rétablissement (p. ex., ressources médicales, réadaptation, aménagement de travail »

Les médecins du travail ont une approche globale de la problématique du retour au travail qui leur permet d'orienter le travailleur vers les ressources nécessaires. Cependant, cette réponse est un peu contradictoire avec la question 28 « faire le suivi des interventions thérapeutiques et organisationnelles offertes au travailleur (p. ex., thérapie cognitive-comportementale, changement de poste) » dont les réponses présentent un sentiment d'efficacité moins marqué. Il semble que les répondants soient investis pour donner l'accès aux différentes ressources possibles pour le salarié, mais sont parfois freinés par un manque de communication ou de connaissance du rôle des autres acteurs.

- Les questions 16 « identifier les déclencheurs potentiels d'une absence maladie (p. ex., ceux de l'environnement de travail et de la vie personnelle » et 27 « identifier les obstacles au retour au travail perçus par le travailleur »

La meilleure connaissance des lieux de travail ainsi que le fait d'établir une relation de confiance avec le travailleur permet de mieux identifier les facteurs personnels ou professionnels d'une absence maladie.

- Les questions 31 « participer à des réunions de préparation au retour au travail avec le travailleur et les autres acteurs concernés » et 37 « rester disponible

pour répondre aux besoins du travailleur après les premiers mois du retour au travail ».

Ces questions montrent que les médecins du travail et infirmier(e)s du travail se sentent capables de travailler avec les autres acteurs. Ils perçoivent aussi un sentiment d'efficacité dans le suivi à plus long terme, indispensable lors d'une démarche de prévention.

Nous avons vu les points pour lesquels les répondants avaient un sentiment d'efficacité marqué. Nous allons voir ensuite les points qui ont été plus problématiques, soit parce que les répondants avaient un sentiment d'efficacité moins marqué (ils se sentaient moins capables) soit parce qu'ils pouvaient considérer que ces actions étaient hors de leurs fonctions.

Discussion concernant les points présentant un sentiment d'efficacité moins marqué (faible sentiment d'efficacité pour plus de 10% des répondants), MAIS considérés comme relevant de leurs fonctions

Ces points sont les suivants :

- La question 15 « avoir une bonne connaissance des différents diagnostics en santé mentale afin de pouvoir les distinguer et les expliquer au travailleur si nécessaire »

Ces questions sont le centre du raisonnement d'une démarche de santé au travail. Le sentiment de n'être « pas capable » pour ces questions pourrait être lié à un manque de formation médicale en psychiatrie par exemple, cette formation n'étant pas obligatoire lors de l'internat de médecine du travail. Cela pourrait conduire à des difficultés à évaluer les symptômes cliniques et les limitations fonctionnelles du travailleur (question 25 et 26), d'où découlent les aménagements prononcés.

- Les questions 35 « encourager le travailleur à développer des stratégies d'adaptation en milieu de travail, tout en tenant compte de son état de santé » et 11 « utiliser une intervention centrée sur la résolution des problèmes pour soutenir le travailleur à appliquer les stratégies développées ensemble »

La visite de pré reprise concentre cette problématique du besoin des aménagements à mettre en place en milieu de travail. Il s'agit d'un rendez-vous médical entre le médecin du travail et le travailleur, qui a lieu pendant l'arrêt de travail. Cette visite n'est pas obligatoire, mais peut être demandée par le médecin généraliste, par les médecins conseils de la sécurité sociale, par le médecin du travail, ou par le travailleur. Bien qu'elle puisse être sollicitée par plusieurs intervenants différents, elle est parfois oubliée, pour diverses raisons ; le médecin généraliste, le patient sont davantage centrés sur les soins et ne pensent pas toujours à solliciter cette visite ; le médecin du travail n'est, comme on l'a vu, pas destinataire de l'arrêt de travail et ne peut solliciter cette visite qu'à condition d'avoir été informé de la problématique ; les médecins conseils de la sécurité sociale adressent souvent les travailleurs, mais parfois tardivement lorsque la période d'indemnisation des arrêts maladie se termine ce qui laisse peu de temps pour mettre en place des aménagements.

L'organisation des différents intervenants est quant à elle parfois difficile à comprendre pour le travailleur. Les travailleurs sont souvent demandeurs d'explications sur le rôle de chacun. Les médecins et infirmier(e)s du travail sont un acteur clef pour orchestrer le retour au travail, que ce soit au niveau de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail, qui doit avoir une bonne communication pour pouvoir coordonner ses actions, et avec les autres intervenants des différents systèmes.

Adapter le travail lorsqu'il faut tenir compte des restrictions possibles liées à l'état de santé du travailleur est également parfois une pratique difficile. La visite de pré reprise peut également être l'occasion d'aider le travailleur pour des démarches administratives facilitant les aménagements de travail et le retour au travail, tels que la demande de Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH). Il faut prendre en compte l'importance de l'insertion professionnelle pour les personnes ayant des troubles psychiques courants ; on peut s'inspirer des pratiques de réhabilitation psychosociales utilisées en psychiatrie pour les personnes ayant des troubles psychiques sévères (45).

Le développement de modèles de retour au travail permet de mieux connaître et anticiper les démarches nécessaires. Les travaux de recherches développent des modèles dans le cadre de troubles psychiques (46) mais également dans le cadre d'autres pathologies comme le cancer (47).

Discussion concernant les points présentant un sentiment d'efficacité moins marqué (faible sentiment d'efficacité pour plus de 10% des répondants), ET considérés comme étant hors de leurs fonctions ou non autorisés (plus de 10%)

Ces points sont les suivants :

- Les questions 21 « vous assurer que les évaluations médicales auprès du travailleur ont été effectuées » 32 « évaluer le travailleur avant sa première journée de retour au travail » et 36 « poursuivre le suivi thérapeutique du travailleur pendant au moins les 3 premiers mois suivant son retour au travail »

Ces questions sont assez ambiguës dans le contexte de la médecine du travail en France. Il n'est pas précisé de quelles évaluations médicales il s'agit, il peut s'agir de celles du médecin du travail ou d'autres généralistes ou spécialistes. Les réponses à la question 21 sont donc difficiles à interpréter. La question 32 est ambiguë sur le fait d'évaluer le travailleur avant la reprise : une visite de pré reprise, c'est-à-dire pendant l'absence maladie, est possible, mais non obligatoire. Ce qui pourrait expliquer que certains médecins ne s'en sentent pas capables de faire cette évaluation, en particulier s'ils n'ont pas été informés de l'absence maladie, ou peuvent considérer que cette pratique est « hors de leurs fonctions » au sens obligatoire.

La question 36 est celle qui a le plus divisé les répondants. Elle semble cependant ambiguë également, notamment à cause du terme de suivi thérapeutique. Les visites médicales en médecine du travail doivent avoir un impact thérapeutique, mais ne sont pas considérées directement comme des soins. Il est également possible que les répondants estiment difficile d'avoir un suivi une fois la reprise du travail effectuée. Salariés comme employeurs sont, dans la pratique, souvent demandeurs de ré évaluations régulières, mais celles-ci peuvent bien sur prendre du temps aux médecins et infirmier(e)s du travail.

- Les questions 25 « évaluer les symptômes cliniques du travailleur » et 26 « évaluer les limitations fonctionnelles du travailleur »

Ces questions ont suscité les réponses les plus surprenantes. Il s'agit en effet de la base du raisonnement dans une démarche de médecine et santé au travail. Evaluer les symptômes cliniques grâce aux connaissances médicales du médecin et de

l'infirmièr(e)s du travail doit permettre une traduction dans un langage fonctionnel, expliquant à l'employeur ce que peut ou ne peut pas faire le salarié, ou dans quelles limites. Si on peut envisager que certains répondants puissent se sentir moins à l'aise avec cette pratique davantage centrée sur le salarié, et lui préférer l'animation d'ateliers de prévention collectifs en entreprise par exemple, évaluer les symptômes cliniques et les limitations fonctionnelles est une part importante de l'activité des services de santé au travail.

- Les questions 6 « Suivre le traitement médical préconisé et l'état de santé du travailleur » et 20 « prendre connaissance du dossier du travailleur qui est en absence maladie ».

Il peut y avoir deux problématiques qui se dégagent de ses réponses : la première problématique est le fait que les médecins et infirmièr(e)s du travail, exerçant une activité de prévention, peuvent ressentir un manque de connaissances en psychiatrie et se sentir moins investis dans ce domaine. En plus de mieux connaître les diagnostics, la question 6 évoque le suivi thérapeutique, c'est-à-dire le traitement médical préconisé. Or les effets recherchés ou secondaires des traitements peuvent avoir un impact important sur les capacités de travail, ce qui pourrait rendre la nécessité de ce dernier suivi important pour le retour au travail des personnes (48).

La deuxième problématique mise en lumière par les réponses à la question 20 est le fait que l'accès aux informations médicales du patient (comptes rendus d'exams ou de consultation) peut être concrètement difficile. Prendre connaissance du dossier médical du médecin généraliste ne peut se faire que si le patient/salarié délivre lui-même ces informations au médecin ou à l'infirmièr(e) du travail. Un médecin du travail ne peut pas contacter directement un médecin généraliste ou spécialiste pour obtenir des informations médicales, l'accord du patient/salarié est indispensable, ce qui peut expliquer que certains répondants considèrent ce rôle hors de leurs fonctions.

- La question 33 « signaler au médecin de famille la présence d'obstacles éventuels dans le processus de rétablissement du travailleur (p. ex., détérioration de l'état de santé, révision de la posologie requise) »

Cette question rappelle qu'il est conseillé de communiquer avec le médecin généraliste du patient. Informer le médecin généraliste de symptômes cliniques peut permettre

d'améliorer la prise en charge et est moins délicat car le médecin généraliste n'est pas relié au monde de l'entreprise.

- La question 2 « Informer le personnel de signes précurseurs "informer le personnel chargé de la santé et de la sécurité au travail de l'état de santé du travailleur (p. ex., signes précurseurs) »

Cette question est directement en lien avec la confidentialité des informations données au médecin et infirmier(e)s du travail, c'est-à-dire le secret médical. Ces informations sont consignées dans le dossier médical en santé au travail (49), différent du dossier médical du médecin généraliste ou des médecins spécialistes. Initialement, ces deux formules « hors de mes fonctions » et « n'est pas autorisée dans le cadre de mes fonctions » ont été rajoutées par le groupe de travail lors des échanges par concernant la question 2. Le médecin du travail ou l'infirmier(e) du travail ont accès à des informations médicales : soit, directement en interrogeant et examinant le patient/salarié, soit en ayant accès à des comptes rendus ou des entretiens avec d'autres médecins généralistes ou spécialistes, toujours avec l'accord du patient/salarié. Lorsque le médecin du travail ou l'infirmier(e) du travail ont eu connaissance de ces informations médicales, il est interdit d'informer le personnel de l'entreprise de l'état de santé du travailleur, notamment de symptômes cliniques précis comme dans cette question (signes précurseurs). Ils doivent communiquer par le biais d'avis médicaux, s'exprimant en termes de limites fonctionnelles.

- Les questions 18 « connaître les procédures de gestion de la présence au travail et le programme de retour au travail de l'organisation » et 34 « veillez à ce que le plan de retour au travail soit respecté et proposer des ajustements si nécessaire (p. ex., aménagements de travail) »

Proposer un plan de retour au travail et des ajustements est tout à fait dans la fonction du médecin du travail, cependant avec un rôle de conseil et non de contrainte. Ces ajustements sont souvent le fruit d'une négociation entre les médecins du travail et les employeurs, en tenant compte de l'état de santé du salarié. Les médecins du travail peuvent toutefois réaliser des alertes à l'inspection du travail en cas de danger lors du non-respect des ajustements conseillés (50).

La création du rendez-vous de liaison en 2021 (51) peut améliorer les connaissances sur le programme de retour au travail de l'organisation par le travailleur. Comme la

visite de pré reprise, il ne s'agit pas d'un rendez-vous obligatoire. Il s'agit d'un rendez-vous non médical, entre le salarié et l'employeur pendant la période de l'arrêt de travail, afin de maintenir un lien pendant cette période. Il est essentiel, encore plus du fait de sa création récente, que les médecins du travail et infirmier(e)s du travail informent salariés et employeurs de cette possibilité.

- La question 28 « faire le suivi des interventions thérapeutiques et organisationnelles offertes au travailleur (p. ex., thérapie cognitive-comportementale, changement de poste) »

Cette question comporte plusieurs problématiques ; il peut être difficile d'avoir accès aux informations médicales du salarié comme dans la question 6, il peut être difficile de suivre l'application du plan de retour au travail car la médecine du travail a un rôle de conseil, comme dans la question 34. Ces deux problématiques peuvent expliquer que les répondants considèrent ces actions comme hors de leur fonction. Peut se rajouter également une problématique de manque de temps pour les répondants.

Nous avons donc vu les points qui étaient davantage considérés comme hors de leurs fonctions par les répondants. Certaines de ces questions étaient ambiguës pour cet acteur (par exemple autour de 25% d'entre eux pour la question 2), rendant les réponses difficiles à interpréter, certaines montrent des questionnements sur le rôle du médecin du travail.

Perspectives

L'ensemble de ces résultats montrent les points pour lesquels les répondants se sentent efficaces, ceux pour lesquels ils se sentent un peu moins efficaces, et ceux qui pour une partie des répondants sont hors de leurs fonctions.

Nous avons retrouvé une identité positive des médecins et infirmier(e)s du travail, qui adoptent une approche éthique, peuvent identifier les facteurs professionnels des situations pathologiques, ont une approche globale et un rôle de conseil.

Cependant, ces points positifs sont modulés par certains points qui montrent un sentiment de compétence moins marqué, tels que la réalisation du suivi médical et thérapeutique, ainsi que la réalisation d'aménagements du travail dans des situations complexes. D'autres points sont considérés comme hors de leurs fonctions, tels que l'accès à certaines informations médicales du patient ou certains aspects de la communication avec les autres intervenants, concernant des données qui peuvent être sensibles et avoir un impact professionnel important. Enfin, bien que les répondants soient investis dans le suivi du retour au travail, il est complexe de vérifier le respect des avis donnés par le service de santé au travail lors du retour au travail et du suivi à long terme du fait du rôle de conseil des services de santé au travail.

Les pistes d'amélioration retrouvées pourraient être une amélioration de la formation clinique des médecins du travail. Enfin, la question du secret médical et du rôle préventif de la médecine du travail peuvent être un frein à la communication avec les autres acteurs, pourtant recommandées par les études internationales (19).

Forces de l'étude : nous avons eu un nombre plutôt satisfaisant de répondants (N=76), la diffusion du questionnaire n'étant pas encore terminée. Les répondants correspondaient bien à la population cible. Les questions étaient diversifiées et apportaient un éclairage sur différents aspects du retour au travail.

Limites de l'étude : certaines questions manquaient encore de précision pour cet acteur. Par exemple, les termes de « suivi médical » ou « dossier médical » peuvent concerner le suivi du médecin généraliste, ou le suivi en santé au travail, qui est différent. Elles peuvent avoir été interprétées différemment. Cependant, il était aussi intéressant de conserver un questionnaire homogène à l'international dans le cadre de l'étude principale, pour pouvoir comparer les réponses de cet acteur avec les autres acteurs.

CONCLUSION

En conclusion, à l'issue de notre étude, nous avons pu étudier le sentiment d'efficacité du médecin du travail et des infirmier(e)s du travail en France lors d'un processus de retour au travail suite à un trouble psychique.

Les travaux sur cette thématique répondent aux préoccupations des personnes ayant un trouble psychique, mais aussi à celles des employeurs et la société compte tenu des problématiques dans les milieux de travail (52).

Il ressort de cette étude que certaines réponses dégageant un sentiment de compétence net, et d'autres sont plus partagées. Les médecins et infirmier(e)s du travail semblent être en accord sur l'éthique principale de leur métier et leur valeur ajoutée en tant qu'acteur.

La médecine et santé au travail est une spécialité dite « transversale » sur le plan médical, c'est-à-dire pouvant être concernée par toutes les problématiques de santé, somatiques ou psychiques, enrichie par le lien avec le monde de l'entreprise, ce qui apporte une grande diversité de situations auxquelles peuvent être confrontés les médecins et infirmier(e)s du travail.

Cependant, l'identification de leur rôle en tant qu'acteur gagnerait à être mieux définie, ce lui permettrait certainement d'être mieux identifié par les autres acteurs et d'être plus efficient.

Des études complémentaires seraient souhaitables afin de confirmer les résultats obtenus, notamment par des entretiens qualitatifs avec les médecins et infirmier(e)s du travail. Ces observations peuvent être complétées par des études ou des entretiens qualitatifs avec d'autres acteurs (salariés, employeurs), concernant leurs attentes vis-à-vis des médecins et infirmier(e)s du travail, afin rendre plus lisible le rôle de cet acteur qui a un positionnement pertinent et utile dans le contexte d'un retour au travail suite à un trouble psychique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Travail M du, l'Insertion du P emploi et de, Travail M du, l'Insertion du P emploi et de. Décrets prévention de la désinsertion professionnelle [Internet]. Ministère du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion. 2023 [cité 7 mars 2023]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/decrets-prevention-de-la-desinsertion-professionnelle>
2. Jacka FN, Reavley NJ, Jorm AF, Toumbourou JW, Lewis AJ, Berk M. Prevention of common mental disorders: what can we learn from those who have gone before and where do we go next? *Aust N Z J Psychiatry*. oct 2013;47(10):920-9.
3. Troubles mentaux [Internet]. [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
4. Noordik E, van Dijk FJ, Nieuwenhuijsen K, van der Klink JJJ. Effectiveness and cost-effectiveness of an exposure-based return-to-work programme for patients on sick leave due to common mental disorders: design of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 13 mai 2009;9:140.
5. Dépression et anxiété [Internet]. [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete>
6. Gili M, Vicens C, Roca M, Andersen P, McMillan D. Interventions for preventing relapse or recurrence of depression in primary health care settings: A systematic review. *Prev Med*. juill 2015;76 Suppl:S16-21.
7. Norder G, Roelen CAM, van Rhenen W, Buitenhuis J, Bültmann U, Anema JR. Predictors of recurrent sickness absence due to depressive disorders--a Delphi approach involving scientists and physicians. *PLoS One*. 2012;7(12):e51792.
8. Boileau-Falardeau F, Turcotte JR, Lafleur PA, Corbière M. [Dilemmas of Clinicians on the Return to Work of People with a Common Mental Disorder: Illustrated by Clinical Cases]. *Sante Ment Que*. 2019;44(2):219-37.
9. Nigatu YT, Liu Y, Uppal M, McKinney S, Rao S, Gillis K, et al. Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychol Med*. déc 2016;46(16):3263-74.
10. Rapport annuel 2021 de l'Assurance Maladie - Risques professionnels | L'Assurance Maladie [Internet]. 2022 [cité 14 mars 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-annuel-assurance-maladie-risques-professionnels>
11. Nielsen MBD, Bültmann U, Madsen IEH, Martin M, Christensen U, Diderichsen F, et al. Health, work, and personal-related predictors of time to return to work among employees with mental health problems. *Disabil Rehabil*. 2012;34(15):1311-6.

12. Joyce S, Modini M, Christensen H, Mykletun A, Bryant R, Mitchell PB, et al. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychol Med.* mars 2016;46(4):683-97.
13. James KG. Returning to work after experiencing mental health problems: Nurse Katie James's bipolar disorder led to some lengthy absences from her job. She explains how, with the right management, employees can successfully get their career back on track. *Mental Health Practice.* 10 févr 2015;18(5):36-8.
14. Dewa CS. [The Costs of Mental Disorders in the Workplace: Can They Be Decreased?]. *Sante Ment Que.* 2017;42(2):31-8.
15. Furlan AD, Harbin S, Vieira FF, Irvin E, Severin CN, Nowrouzi-Kia B, et al. Primary Care Physicians' Learning Needs in Returning Ill or Injured Workers to Work. A Scoping Review. *J Occup Rehabil.* déc 2022;32(4):591-619.
16. AMA Guides® to the Evaluation of Permanent Impairment: an overview [Internet]. American Medical Association. [cité 22 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ama-guides/ama-guides-evaluation-permanent-impairment-overview>
17. Schneider U, Linder R, Verheyen F. Long-term sick leave and the impact of a graded return-to-work program: evidence from Germany. *Eur J Health Econ.* juin 2016;17(5):629-43.
18. Jetha A, Pransky G, Fish J, Jeffries S, Hettinger LJ. A Stakeholder-Based System Dynamics Model of Return-to-Work: A Research Protocol. *J Public Health Res.* 16 juill 2015;4(2):553.
19. Corbière M, Mazaniello-Chézol M, Bastien MF, Wathieu E, Bouchard R, Panaccio A, et al. 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.* sept 2020;30(3):381-419.
20. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology.* févr 2005;8(1):19-32.
21. Corbière M, Willems L, Guay S, Panaccio A, Lecomte T, Mazaniello-Chézol M. [Development and User Testing of the PRATICAdr Web Application: Return-to-work Platform Focused on Interaction and Communication Between Stakeholders, Integrating a Sustainable Recovery Program]. *Sante Ment Que.* 2021;46(1):175-202.
22. Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scand J Work Environ Health.* mars 2012;38(2):93-104.
23. Section 1 : Principes. (Articles L4622-1 à L4622-6-1) - Légifrance [Internet]. [cité 25 févr 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072050/LEGISCTA000006189752/

24. Global strategy on occupational health for all: The way to health at work [Internet]. [cité 23 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/global-strategy-on-occupational-health-for-all-the-way-to-health-at-work>
25. Services de prévention et de santé au travail. Organisation, missions, pluridisciplinarité, contractualisation, agrément - Démarches de prévention - INRS [Internet]. [cité 26 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/demarche/services-sante-travail/organisation.html>
26. Article 2 - LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1) - Légifrance [Internet]. [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001871122
27. Médecin du travail / Infirmière du travail [Internet]. [cité 23 févr 2023]. Disponible sur: <http://questionnaire.santementaletravail.ca/index.php?r=survey/index&sid=938225&lang=fr>
28. Accueil [Internet]. Regards croisés sur la santé mentale et le retour au travail. 2020 [cité 13 mars 2023]. Disponible sur: <https://colloque2021.santementaletravail.ca/>
29. Communauté de pratique santé mentale et travail – La communauté de pratique en santé mentale et travail [Internet]. [cité 23 févr 2023]. Disponible sur: <https://copratique.santementaletravail.ca/>
30. Boardman J, Grove B, Perkins R, Shepherd G. Work and employment for people with psychiatric disabilities. *Br J Psychiatry*. juin 2003;182:467-8.
31. Brown W, Kandirikirira N. Recovering Mental Health in Scotland.
32. Walsh FP, Tickle AC. Working towards recovery: the role of employment in recovery from serious mental health problems: a qualitative meta-synthesis. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 2013;17(2):35-49.
33. George E, Engel L. The clinical application of the biopsychosocial model. *American journal of Psychiatry*. 1980;137(5):535-44.
34. Franck N. Traité de réhabilitation psychosociale | Livre | 9782294759154 [Internet]. [cité 21 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/traité-de-rehabilitation-psychosociale-9782294759154.html>
35. Lecomte T, Leclerc C. Manuel de réadaptation psychiatrique — Presses de l'Université du Québec [Internet]. [cité 21 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.puq.ca/catalogue/livres/manuel-readaptation-psychiatrique-2285.html>
36. Brouwers EPM. Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with mental illness or mental health issues: position paper and future directions. *BMC Psychol*. 21 avr 2020;8(1):36.

37. Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes ; dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé (2e édition) - Marc Corbière, Nadine Larivière, Collectif - Pu De Quebec - Grand format - Librairie Gallimard PARIS [Internet]. [cité 27 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.librairie-gallimard.com/livre/9782760551398-methodes-qualitatives-quantitatives-et-mixtes-dans-la-recherche-en-sciences-humaines-sociales-et-de-la-sante-2e-edition-marc-corbiere-nadine-lariviere-collectif/>
38. Personnels et équipements de santé – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 27 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676711?sommaire=3696937>
39. Fiche Rome - J1101 - Médecine de prévention. 2013;
40. Potocka A. [What do we know about psychosocial risk factors at work? Part I. Theoretical considerations]. *Med Pr.* 2010;61(3):341-52.
41. DGT_Marc.T, DGT_Marc.T. Troubles musculo-squelettiques [Internet]. Ministère du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion. 2023 [cité 23 mars 2023]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/troubles-musculo-squelettiques>
42. International Association for the Study of Pain | IASP [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). [cité 23 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.iasp-pain.org/>
43. Radat F, Koleck M. [Pain and depression: cognitive and behavioural mediators of a frequent association]. *Encephale.* juin 2011;37(3):172-9.
44. Doan L, Manders T, Wang J. Neuroplasticity underlying the comorbidity of pain and depression. *Neural Plast.* 2015;2015:504691.
45. Jean-Paul A, Cyrille B. La méthode IPS (Individual Placement and Support ou soutien à l'emploi) : Origines et pratiques. *PRATIQUES EN SANTE MENTALE.* 2018;(3 vol 64):27-34.
46. Nielsen K, Yarker J, Munir F, Bültmann U. IGLOO: An integrated framework for sustainable return to work in workers with common mental disorders. *Work & Stress.* 2 oct 2018;32(4):400-17.
47. Porro B, Durand MJ, Petit A, Bertin M, Roquelaure Y. Return to work of breast cancer survivors: toward an integrative and transactional conceptual model. *J Cancer Surviv.* juin 2022;16(3):590-603.
48. Médicaments psychotropes et travail (II). Médicaments antidépresseurs - Article de revue - INRS [Internet]. [cité 23 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TC%20116>
49. Quinton SF. Le dossier médical en santé au travail encadré par la Loi et la réglementation en 2022. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement.* 1 juin 2023;84(3):101695.

50. Durand-Moreau Q. Peut-il y avoir une prévention efficace en santé au travail sans coercition ? Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 25 nov 2022;101694.
51. DICOM_Marina-T, DICOM_Marina-T. 1| Qu'est-ce que le rendez-vous de liaison ? [Internet]. Ministère du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion. 2023 [cité 25 mars 2023]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/questions-reponses-sur-les-mesures-relatives-a-la-prevention-de-la-desinsertion/article/1-qu-est-ce-que-le-rendez-vous-de-liaison>
52. Thisted CN, Nielsen CV, Bjerrum M. Work Participation Among Employees with Common Mental Disorders: A Meta-synthesis. J Occup Rehabil. sept 2018;28(3):452-64.

NOM : LE CLOUAREC

PRENOM : Anne-Sophie

Titre de Thèse : Pratiques des services de santé au travail en France lors du retour au travail suite à des troubles psychiques

RESUME (10 lignes)

Introduction Les troubles psychiques sont à l'origine d'un nombre conséquent d'arrêts de travail et de problématiques liées (par exemple la perte d'efficacité au travail ou la désinsertion professionnelle à long terme). Nous avons souhaité étudier les pratiques des services de santé au travail en France lors du retour au travail suite à des troubles psychiques.

Méthodologie Les médecins et infirmier(e)s du travail sont interrogés sur leur sentiment d'efficacité vis-à-vis de différentes pratiques de retour au travail. Le mode de recueil des résultats était un questionnaire autodéclaré en ligne, comprenant 39 questions.

Résultats. Pour la totalité des questions, les réponses « plutôt capable, capable, tout à fait capable » dépassent les 50%. Cependant, certains points étaient considérés comme plus complexes ou hors de leurs fonctions.

Discussion Les médecins et infirmier(e)s du travail semblent être en accord sur un bon sentiment d'efficacité lors de la prise en charge du retour au travail suite à un trouble psychique. Cependant, sur certains points, leur rôle en tant qu'acteur gagnerait à être mieux défini.

MOTS-CLES

Troubles psychiques Troubles mentaux courants Retour au travail Santé au travail Médecin du travail Infirmier(e) du travail Pratiques Sentiment d'efficacité