

Le retour au travail

6

par Wilfrid Boisvert

Êtes-vous mal à l'aise quand la dépression de votre patient s'étire, quand votre patient en arrêt de travail depuis trois mois ne se sent toujours pas prêt à réintégrer son emploi dans un avenir rapproché, quand la compagnie d'assurances multiplie les formulaires et recourt à un expert ou quand votre patient fait une rechute ?

Faciliter le retour au travail en le planifiant

On commence à préparer le retour au travail dès les premières entrevues. Une évaluation complète lors de la première ou des deux ou trois premières rencontres permet d'avoir une compréhension globale du problème. Un diagnostic multiaxial comprend, sur l'axe V, une évaluation du fonctionnement global qui quantifie l'incapacité plutôt que d'en rester à un diagnostic. Il importe de déceler dès le début les problèmes de toxicomanie, les antécédents héréditaires importants ou certains traits de personnalité qui influenceront l'évolution de la dépression. Une approche centrée sur le patient nous permet de comprendre comment le patient perçoit son problème et l'origine de celui-ci ainsi que les conséquences qui en découlent. Elle nous permet également de faire part au patient de notre opinion et d'établir avec lui un plan de traitement réaliste, clair et concret comportant des objectifs précis et mesurables, créant ainsi une solide alliance thérapeutique.

Par exemple, on explique à un patient anxieux, passif, dépendant ou doutant de lui-même, que son mécanisme de protection, l'évitement, le sert mal et qu'il a avantage à affronter rapidement ses angoisses plutôt que de laisser le problème s'envenimer. On peut amener le patient à tra-

vailler en thérapie les traits de personnalité qui teintent sa dépression, mais dans le cadre d'objectifs réalistes comportant des échéances réalistes qui n'influenceront pas la date de retour au travail. Quand les symptômes dépressifs se sont beaucoup atténués, le patient retourne au travail même s'il a encore tendance, comme dans le passé, à être colérique, impulsif, évitant ou dépendant. Il sait qu'il devra faire un effort pour surmonter ses difficultés à l'aide des outils qu'il aura acquis en psychothérapie. On doit, à l'occasion, chercher avec le patient les raisons qui motivent sa résistance à retourner au travail. Lorsqu'on a compris ses appréhensions, on dédramatise certaines situations et on renforce son sentiment de confiance en lui-même.

Parfois, quand la dépression est liée à l'épuisement professionnel et que le patient présente de graves symptômes neurovégétatifs et appréhende énormément le retour au travail dès les premières rencontres, il convient de ne pas insister au début sur le retour au travail. Il faut rassurer le patient en lui disant qu'il ne doit pas s'en faire, car il ne retournera pas travailler avant plusieurs semaines. Il faut lui dire que le retour au travail ne se fera pas immédiatement après un rendez-vous, mais qu'il sera plutôt planifié longtemps d'avance et qu'il pourrait même être progressif. Il convient aussi de vérifier s'il y a un problème de harcèlement ou de violence au travail ou encore si une réorientation professionnelle est nécessaire.

Assez tôt dans le processus, il faut définir avec le patient des objectifs clairs, concrets et mesurables ainsi que le niveau de fonctionnement permettant un retour au travail.

Le Dr Wilfrid Boisvert, omnipraticien, exerce au CLSC-CHSLD Sainte-Rose-de-Laval, en psychiatrie à la Cité de la Santé de Laval ainsi qu'à l'Unité de médecine familiale de Verdun.

67

Il importe de déceler dès le début les problèmes de toxicomanie, les antécédents héréditaires importants ou certains traits de personnalité qui influenceront l'évolution de la dépression.

R E P È R E

On fait en sorte que le patient n'en reste pas à des généralités du genre « Je ne suis pas prêt, je ne me sens pas encore à 100 % ». Les mesures concrètes de l'évolution des symptômes, vérifiées à chaque entrevue, sont les références sur lesquelles vous devez vous baser pour motiver votre conduite et l'expliquer au patient.

Certains patients déprimés tardent à guérir. Il faut parfois refaire notre cheminement, relire notre évaluation et la compléter s'il y a lieu, relire nos notes d'évolution, remettre en question le diagnostic, réévaluer le traitement, vérifier si des facteurs de stress persistent et, au besoin, demander une consultation auprès d'un spécialiste.

Souvent, après trois mois d'arrêt de travail, la compagnie d'assurances veut l'avis d'un spécialiste. On peut, lorsqu'on voit poindre ce délai, demander une consultation en psychiatrie et en aviser l'assureur. Il est avantageux d'obtenir l'avis d'un spécialiste qui émet de façon objective ses constatations et ses suggestions. Il est arrivé à certains patients de vivre une expérience frustrante au cours de leur rencontre avec l'expert de l'employeur ou de la compagnie d'assurances, car ils avaient l'impression que l'unique mandat de ce dernier était de les retourner au travail le plus tôt possible. Le travail d'expert a toutefois beaucoup évolué depuis quelques années. Il existe même des formations spécifiques sur ce sujet. Dans certaines régions où le manque de ressources en spécialité est très grand, le rapport d'expertise devient une aide précieuse pour l'omnipraticien.

On a avantage à parler tôt du retour au travail et à en déterminer d'avance la date et les modalités. On négocie cette date avec le patient. Toutefois, lorsque nous l'avons fixée et qu'il n'y a pas d'autres nouveaux éléments, hormis l'anxiété, il convient de la maintenir assez fermement. On explique

au patient à l'avance que l'anxiété et les symptômes augmentent chez plusieurs patients à l'approche du retour au travail, qu'il s'agit d'une étape normale et non pas d'une rechute nécessitant le report de la date du retour. Il arrive parfois qu'en cours de route le patient ne soit plus d'accord avec la date de retour prévue. Il faut alors lui expliquer que si notre perception est différente de la sienne, ce n'est pas par manque d'empathie à son égard ni parce qu'on ne le croit pas. Il faut aussi lui expliquer les avantages de retourner au travail et dédramatiser les difficultés.

Vous aviez clarifié d'avance certains points avec Myriam, notamment que sa concentration et son niveau d'énergie devraient s'être suffisamment améliorés pour permettre son retour au travail. Cependant, avoir autant de capacités que son conjoint Pierre représentait un objectif à plus long terme – s'il demeurait un objectif – dont on ne tiendrait pas compte pour déterminer la date de son retour. Vous ne lui avez pas laissé l'impression qu'elle devait être prête à 100 % avant de retourner au travail. Elle dit avoir encore des problèmes de sommeil. Par contre, elle se couche à 21 h, dort de 23 h à 6 h et fait une sieste d'une heure dans l'après-midi. Elle dort donc huit heures par jour. Au début, elle était incapable de lire, alors que dans la dernière semaine, même si elle dit avoir encore des problèmes à se concentrer, elle a lu un roman et l'a bien compris. Elle pleurait auparavant cinq ou six fois par jour. Cela ne lui arrive plus qu'une fois ou deux par semaine. Elle ne voit plus la mort comme un soulagement et elle a repris espoir. Chaque symptôme ainsi mesuré vous permet de constater l'amélioration notable du tableau clinique.

« Je me fatigue assez rapidement quand j'essaie d'en faire plus », dit-elle.

Vous lui répondez alors : « Effectivement vous ne fonction-

Comment prévenir la rechute ? Les taux de récurrence sont si élevés !

- On détermine la capacité du patient de retourner au travail à partir des objectifs précis, réalistes et mesurables qu'on avait établis avec lui.
- On avertit le patient qu'il est normal, après une longue absence, de ressentir de l'anxiété face au retour au travail.
- On explique au patient la durée de son traitement antidépresseur et les raisons qui motivent cette durée.
- On évalue la présence de symptômes résiduels et on envoie le patient en thérapie interpersonnelle ou cognitive comportementale, au besoin.
- On repère les facteurs de stress qui persistent et on considère des façons d'en atténuer les conséquences.
- On enseigne au patient comment reconnaître les signes avant-coureurs d'une dépression et comment y réagir, le cas échéant.
- On offre une rencontre de consolidation quelques mois plus tard et une disponibilité en cas de rechute.

nez pas encore à 100 %, mais dans l'ensemble vos symptômes se sont beaucoup atténués. Je crois sincèrement que vous pourrez reprendre toutes vos capacités en augmentant votre degré d'activité, notamment par un retour au travail progressif. Vous savez, un sportif qui se remet d'une grave blessure n'attend pas au lit chez lui d'être au sommet de sa forme avant de reprendre l'entraînement. »

Votre patiente en convient : « Vous savez, ça me fait peur de retourner au travail, mais vous m'avez dit que c'était normal et ça me rassure jusqu'à un certain point. De plus, je pense qu'une petite partie de moi est contente que toute cette période plate de ma vie se termine enfin. »

Le suivi : combien de temps doit-on continuer le traitement médicamenteux ?

La dépression est considérée comme une maladie épisodique dont le traitement soulage les symptômes. Il n'existe pas de marqueurs biologiques indiquant le risque de rechute. Les statistiques nous indiquent cependant que le risque de rechute est d'environ 50 % après un premier épisode, de 70 % après un deuxième et de 90 % après un troisième¹.

En ce qui concerne la durée du traitement, on recommande de poursuivre la prise d'antidépresseurs pendant au moins six mois après la rémission clinique à la suite d'un premier épisode, pendant deux ans après un deuxième épisode et pendant au moins cinq ans après un troisième. Cependant, on tient aussi compte de la durée de l'épisode, de sa gravité, des répercussions sur le fonctionnement du patient, de la proximité des épisodes ainsi que de la tolérance et de la réaction au médicament. On tend à poursuivre le traitement plus longtemps lorsque les patients sont âgés ou encore en présence de dépressions psychotiques et d'épisodes chroniques, récurrents ou graves². Pendant la phase d'entretien, on conseille de garder la même dose que pendant la phase aiguë de la maladie. Enfin, l'arrêt du traitement médicamenteux doit se faire de façon pro-

gressive, en réduisant la dose graduellement de façon à éviter les symptômes de sevrage.

Le D^r Giovanni A. Fava présentait en 2002³ un point de vue intéressant, mais controversé, sur le lien entre le traitement antidépresseur et la propagande de certains groupes d'intérêt visant à influencer les perceptions et les opinions. Il remettait en question, d'une part, l'utilisation prolongée des antidépresseurs et, d'autre part, leur emploi fréquent dans les cas de dépressions mineures ou d'humeur dépressive malgré l'absence de preuves quant à leur efficacité en pareils cas. En outre, il considérait que la présence de symptômes résiduels constituait un risque de rechute, tandis que le traitement à l'aide d'outils cognitifs et comportementaux améliorerait l'évolution à long terme. Il déplore que l'engouement pour la thérapie médicamenteuse amène la communauté médicale à négliger des stratégies non pharmacologiques, comme la modification du style de vie, la gestion des facteurs de stress, l'amélioration des relations interpersonnelles et la thérapie cognitive comportementale. Il suggère de rechercher la présence de symptômes dépressifs résiduels, de les traiter par la thérapie cognitive comportementale et d'encourager le patient à prendre des mesures de bien-être et à modifier son style de vie. Même si les antidépresseurs ont leur utilité, il faut prendre en compte tous les aspects du traitement de la dépression, non seulement le côté pharmacologique.

La prévention des rechutes

En fin de thérapie, il est utile de revoir le patient pour faire un bilan. Dans quelles circonstances la dépression est-elle apparue et quelles en ont été les principales manifestations et les principaux symptômes ? Comment s'est déroulée la thérapie et quels aspects ont été les plus efficaces ? Est-ce que des symptômes persistent ? Est-ce que certains des éléments ayant contribué à la dépression subsistent ? Si oui, y a-t-il moyen d'en atténuer encore plus les effets ? Par exemple, le moment peut être tout indiqué

En ce qui concerne la durée du traitement, on recommande de poursuivre la prise d'antidépresseurs pendant au moins six mois après la rémission clinique à la suite d'un premier épisode, pendant deux ans après un deuxième épisode et pendant au moins cinq ans après un troisième. On doit aussi tenir compte de la durée de l'épisode, de sa gravité, des répercussions sur le fonctionnement du patient, de la proximité des épisodes ainsi que de la tolérance et de la réaction au médicament.

pour réorienter sa carrière ou entreprendre une thérapie de couple.

En cas de rechute, les symptômes avant-coureurs seront probablement les mêmes que ceux qui s'étaient manifestés au début d'un premier épisode dépressif. Il faut donc apprendre au patient à être attentif à ces symptômes afin de les repérer tôt et de réagir efficacement. On regarde avec lui les mesures à prendre dès le début pour éviter une autre dépression. Quels outils efficaces acquis en thérapie pourrait-il alors utiliser ? À quel moment devrait-il penser à consulter, à recourir au traitement médicamenteux, à reprendre la thérapie ? Le patient peut utiliser un aide-mémoire où il consigne toutes ces données et dont il pourrait se servir si jamais il observait certains signes avant-coureurs.

Certains patients ont les traits d'une personnalité dépendante, passive ou anxieuse, manquent de confiance en leurs moyens et appréhendent la fin du suivi. On leur facilite la tâche en espaçant graduellement les entrevues plutôt que d'y mettre fin soudainement et en les rassurant quant à notre disponibilité en cas de difficultés ou de rechute. On fixe une dernière entrevue quelques mois plus tard pour jeter un regard sur l'évolution et la consolidation des outils thérapeutiques. Pour certains patients, une ou deux entrevues supplémentaires seront nécessaires pour travailler sur les croyances qui rendent problématique l'arrêt de la thérapie.

Quand le patient consulte en raison d'un retour des symptômes dépressifs, le médecin révisé le dossier antérieur, vérifie l'évolution entre les deux épisodes, recherche la présence de facteurs déclencheurs et évalue les symptômes actuels. Est-ce que la dépression initiale, en voie de rémission, n'a jamais guéri complètement ou s'agit-il plutôt d'un nouvel épisode ? Faut-il modifier le plan de traitement qui n'a pas fonctionné de façon optimale ou au contraire en reprendre les éléments qui se sont montrés efficaces pour ce patient ? Y aurait-il avantage à recourir à une thérapie introspective ?

Vous revoyez Myriam un an plus tard. Elle a pris ses médi-

caments pendant neuf mois. Elle est souriante, radieuse même. Elle vous dit que tout va très bien, qu'elle est heureuse de travailler à demi-temps parce que ça lui permet de bien concilier ses rôles de mère et d'enseignante. Elle n'a plus toutes sortes de petits ennuis comme avant. Elle vous explique qu'auparavant elle précédait les attentes du directeur d'école et proposait de prendre des responsabilités dont personne ne réalisait la lourdeur. Maintenant, elle perçoit des lacunes, mais attend qu'on lui demande de participer avant de le faire. « Auparavant, je passais pour celle qui avait toujours l'air épuisé en ne faisant que son demi-temps, alors que maintenant je suis appréciée parce que j'accepte de participer à un peu plus que mon demi-temps avec le sourire. Pourtant, dans les faits, j'en faisais plus avant et j'en prends moins maintenant. » Elle a découvert un nouvel équilibre plus sain pour elle.

En terminant, elle vous demande : « Mon conjoint a l'air tellement fatigué d'être toujours à la course, vous ne pourriez pas le voir ? » Deux semaines plus tard, vous rencontrez Pierre qui, avec un sourire figé et peu naturel, amorce ainsi l'entrevue : « Je suis toujours fatigué, puis j'en ai mal aux joues de toujours sourire ».

La dépression serait-elle souvent une maladie systémique plutôt qu'individuelle, l'équilibre de l'un dépendant de celui de l'autre ou parfois de son déséquilibre ? ❧

Date de réception : 10 novembre 2003

Date d'acceptation : 17 mars 2004

Mots-clés : retour au travail, durée du traitement, prévention des rechutes, suivi de la dépression

Bibliographie

1. CANMAT (Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments). *Lignes directrices pour le diagnostic et le traitement pharmacologique de la dépression*. 1^{re} édition révisée. Cameron McCleery Productions Ltd. ; 1999 ; 51.
2. Kennedy SH, Lam RW, Cohen NL, Ravindran AV et le groupe de travail sur la dépression CANMAT. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. IV. Medication and other biological treatments. *Can J Psychiatry* 2001 ; 46 (Suppl 1) : 38S-58S.

En cas de rechute, les symptômes avant-coureurs seront probablement les mêmes que ceux qui s'étaient manifestés au début d'un premier épisode dépressif. Il faut donc apprendre au patient à être attentif à ces symptômes afin de les repérer tôt et de réagir efficacement.



par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

S U M M A R Y

Return to work. When we evaluate a depressive patient, we have to find out problems that would influence the evolution of his major depression such as drug addiction, family history of bipolar affective disorder or some personality disorders. We plan with the patient the return to work and name the conditions that will allow him to go back to work. He will not need to be perfectly well to do so: we establish together the percentage of improvement of different symptoms to be able to work fairly. It is recommended to treat a single episode of major depressive disorder with antidepressants during at least six months. A second episode should be treated two years, and a third one at least five years. But those guidelines are adjusted for every individual patient considering the length of the episodes, their severity, their functional impact, the proximity of the episodes as well as the tolerance and answer to the medication. The symptoms preceding a major depression are usually the same for each episode, so it is useful for the patient to be aware of fine changes and to react rapidly in order to prevent a new episode. What has been useful during the preceding episode should be used again.

Keywords: return to work, treatment length, relapse prevention, depression follow-up

3. Fava GA. Long-term treatment with antidepressant drugs: the spectacular achievements of propaganda. *Psychother Psychosom* 2002; 71 : 127-32.

Lectures suggérées

1. Burns D. *Être bien dans sa peau*, Éditions Héritage inc. ; 1994.
2. Chaloult L. *La psychothérapie cognitivo-comportementale, théorie et pratique*. Document de travail, Cité de la santé de Laval 1999 : 226 p.
3. Chaloult L, Goulet J, Paratte J. *Guide pratique pour l'évaluation et le traitement de la dépression majeure*. Document de travail, Cité de la Santé de Laval ; 1999 : 44 p.

Pour devenir membre, composez
le 1 866 734-9422 ou visitez
www.medicalert.ca



MedicAlert®

Pour vivre sa vie

Épargne et investissement

Régime enregistré d'épargne-retraite (REER)

Compte de retraite immobilisé (CRI)

Fonds enregistré de revenu de retraite (FERR)

Fonds de revenu viager (FRV)

Régime enregistré d'épargne-études (REEE)

Fonds d'investissement

Fonds FMOQ : (514) 868-2081 ou 1 888 542-8597

Programmes d'assurances

Assurances de personnes

Assurances automobile et habitation

Assurances de bureau

Assurance-médicaments et assurance-maladie complémentaires

Assurances frais de voyage et annulation

Dale-Parizeau LM : (514) 282-1112 ou 1 877 807-3756

Pro-Fusion « auto »

Achat – vente

Voitures neuves ou usagées

Location

Financement d'auto

Pro-Fusion : (514) 745-3500 ou 1 800 361-3500

Téléphone cellulaire et téléavertisseur

Bell Mobilité Cellulaire (514) 946-2884 ou 1 800 992-2847

Carte Affinité – Master Card Or Banque MBNA

Service à la clientèle : 1 800 870-3675

M^{me} Renée Carter : (514) 390-2159

Tarifs hôteliers d'entreprise pour les membres de la FMOQ

FMOQ : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499

Direction des affaires professionnelles

D' Michel Desrosiers, directeur

FMOQ : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499

Autres services

Assurance-responsabilité professionnelle