

## Le retour au travail

**Bruno Fortin, psychologue à l'Unité de médecine familiale Charles-Lemoyne**

### Le cas clinique

La patiente est une femme médecin. Ses hauts standards de pratique et son perfectionnisme excessif l'ont rendue plus vulnérable à un état dépressif. La priorité qu'elle accordait aux besoins de ses patients a rendu plus difficile la gestion de son temps. Renonçant à son désir d'être infaillible et invincible, elle a surmonté sa culpabilité d'avoir abandonné ses collègues avec un lourd fardeau clinique. Au moment de retourner au travail, elle se demande toutefois si elle est vraiment en état de le faire. Elle craint que certains de ses collègues la jugent sévèrement.

### La recherche le dit

Les médecins tardent souvent à demander de l'aide, par peur d'être stigmatisés et par crainte que la confidentialité ne soit pas respectée (Garelick et coll., 2007). Bland (2012) a étudié le vécu de 19 médecins qui avaient été en arrêt de travail pendant plus de six mois. Ils ont souffert principalement de la perte de leur identité professionnelle, du manque de soutien de leur famille et de leurs amis, des réactions négatives des collègues et de l'autostigmatisation. Leur engagement professionnel intense a laissé malheureusement peu de place pour quoi que ce soit d'autre. Le soutien conjugal et familial peut être fragilisé par les absences répétées.

Selon l'étude de 121 médecins de Garelick et coll. (2007), la période la plus stressante pour les médecins est pendant la transition de la fin des études vers la pleine responsabilité d'un emploi régulier. Avant de demander de l'aide, 70 % de leur échantillon a attendu que le problème soit suffisamment visible pour engendrer les préoccupations de l'entourage.

Van Beurden et coll. (2013) ont évalué un programme facilitant le retour au travail des patients ayant vécu des problèmes de santé mentale. Ils recommandent une approche cognitive-comportementale visant à augmenter la capacité de résolution de problème du patient.

Le programme de Van Beurden coll. (2013) s'adresse aux différentes barrières qui pourraient nuire au retour au travail. Les premières barrières sont associées à un manque de conscience et de reconnaissance de son état. Il faudra par exemple nuancer une pensée « tout ou rien » retrouvée fréquemment chez les médecins : « Soit je suis invincible, soit je suis inutile. » (Bland, 2012).

Les barrières de deuxième niveau sont les barrières associées à un manque de sentiment d'efficacité personnelle, d'attentes de résultat et de motivation. La planification et la pratique mentale de réponses aux commentaires des collègues peuvent par exemple favoriser un sentiment d'efficacité personnelle et rassurer le patient au sujet des scénarios de retour au travail. Le patient qui sait qu'il est normal de douter de ses capacités et qu'il ne faut pas attendre d'être en forme à 100 % avant de

reprendre le chemin du travail sera plus à l'aise avec l'idée de retrouver son plein rendement par étapes, une fois réinstallé dans ses fonctions.

Le troisième groupe est constitué de barrières environnementales. Ils informent l'employeur sur les différentes façons de donner du soutien au travailleur et de favoriser son retour au travail. Karlson et coll. (2010) ont mis en évidence l'impact d'une intervention axée sur l'environnement. L'implication du milieu de travail au processus (réunions, échanges d'information, vérification des possibilités de plan réaliste de retour) améliore le processus de retour au travail.

L'évaluation personnalisée de ces barrières permet la planification de solutions mises en place par des devoirs bien ciblés (Van Beurden et coll., 2013). En se demandant : « Qu'est-ce que j'ai besoin d'être capable de faire pour retourner au travail? », le patient peut se mettre à l'épreuve et vérifier précisément ses progrès. Jusqu'à quel point peut-il lire? Écrire? Se lever à l'heure habituelle? Il peut ainsi pratiquer les habiletés qu'il lui reste à acquérir. Il se demandera : « Où en suis-je dans l'acquisition des habiletés dont j'ai besoin pour travailler? » Le cycle d'évaluation, de planification, d'exécution et de vérification est répété pendant tout le programme.

La patiente dont nous parlons au début de cet article a heureusement bénéficié du soutien de son conjoint et de certains membres de son entourage. Rassurée par la mise à l'épreuve progressive de ses capacités, elle a pu structurer un retour au travail progressif. Elle s'est préparée à dire « J'ai traversé une période difficile, mais maintenant je vais mieux et j'aime mieux ne pas en parler » et « Je vais faire de mon mieux ». Elle est prête à le répéter au besoin. Elle réservera ses confidences pour les collègues les plus proches. Son travail en psychothérapie l'a aidée à assouplir ses exigences envers elle-même et à mettre des limites pour pouvoir aider ses patients tout au long d'une longue carrière.

*Vous pourrez trouver ces articles complets ou leurs résumés à partir de la base de données EBSCO.*

## Bibliographie

- Bland, P. (2012). Helping sick doctors get back to work, *The Practitioner*, 256, 5.
- Bland, P. (2013). Why sick doctors deserve our support, *The Practitioner*, 257, 13.
- Garelick, A. E., Gross, S. R., Richardson, I., Von der Tann, M., Bland, J. et Hale, R. (2007). Which doctors and with what problems contact a specialist service for doctors? A cross sectional investigation. *BMC Medicine*, 5(26), 1-9.
- Karlson, B., Jönsson, P., Pålsson, B., Abjörnsson, Malmberg, B., Larsson, B. et Österberg, K. (2010). Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout: a prospective controlled study *BMC Public Health*, 10(301), 1-10.
- Van Beurden, K. M., Brouwers, E. P. M., Joosen, M. C. Q., Terluin, B., Van der Klink, J. I. et Van Weeghel, J. (2013). Effectiveness of guideline-based care by occupational physicians on the return-to-work of workers with common mental disorders: design of a cluster-randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 13(193), 1-8.