

Arrêts de travail en lien avec la pathologie mentale



Introduction

Les données du rapport Charges et Produits 2021 (rapport présenté chaque année par la CNAM aux parlementaires et aux autorités de santé) font ressortir le poids des dépenses en rapport avec la « santé mentale », premier poste devant les cancers.

Les dépenses pour cet ensemble de patients représentent 20,6 milliards d'euros pour le régime général (23,4 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes), soit 14,5 % du volume total.

Les prestations en espèces (indemnités journalières et invalidité) représentent plus de 5 milliards d'euros. Les motifs « **syndrome dépressif** » et « **troubles anxiodépressifs mineurs** » sont ceux qui entraînent le plus de jours d'arrêts de travail parmi les 214 motifs médicaux étudiés. La durée des arrêts par patient était de 35,6 jours pour le « **syndrome dépressif** » et de 13,6 jours pour les « **troubles anxiodépressifs mineurs** ».

L'étude de la DREES donne quelques clés :

Parmi les salariés du secteur privé ayant été arrêtés plus d'un mois dans l'année pour maladie, 15 % des femmes et 11 % des hommes sont au chômage ou inactifs l'année suivante (contre, respectivement, 7 % et 4 % des salariés qui n'ont pas eu d'arrêts maladie).

Ce constat n'est pas seulement attribuable à une moindre qualité des emplois occupés par les personnes en mauvais état de santé. Il témoigne d'un effet pénalisant des arrêts maladie sur les trajectoires professionnelles, aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Cet effet est d'autant plus marqué que la période passée en arrêt maladie est longue.

Les congés maternité sont plus souvent suivis d'une année d'inactivité que les arrêts pour longue maladie, mais les femmes qui se maintiennent en emploi après une naissance reprennent, en majorité, une activité sans interruption.

Lorsqu'ils retrouvent un emploi, les anciens chômeurs et les inactifs ont moins d'arrêts maladie que les autres salariés en emploi, signe qu'ils anticipent les risques de trajectoires professionnelles dégradées associés à ces arrêts de travail.

Sommaire

Le rôle du médecin généraliste dans le cadre des arrêts de travail liés à une pathologie mentale

I - Repères	p.3
II - Le cadre	p.4
III - Devant un trouble anxio-dépressif	p.4
IV - Devant une dépression majeure	p.4
V - La prise en compte du contexte professionnel	p.5
VI - Cas particulier des patients présentant des troubles sévères de la personnalité, psychotiques ou souffrant d'addiction	p.6
Annexe 1 : MINI-test	p.7
Annexe 2 : PHQ-2	p.7
Fiche synthèse : Arrêt de travail dans le cadre de la santé mentale	p.8

Le rôle du médecin généraliste dans le cadre des arrêts de travail liés à une pathologie mentale

- ⇒ L'arrêt de travail est une prescription de soin qui concourt à l'objectif thérapeutique.
- ⇒ Le prescripteur principal des arrêts maladie est le médecin généraliste, médecin traitant, qui reste le mieux placé du fait de sa connaissance du patient, de son histoire, de son entourage :
 - Il peut ainsi repérer en amont les fragilités du patient.
 - Il peut facilement le revoir pour adapter au plus près la durée, en mesurant en permanence les avantages et les risques du non-retour au travail, en s'intéressant régulièrement aux actions effectuées et programmées pendant cet arrêt
 - Il est au centre de la cohérence de la coordination des soins.
- ⇒ Les questions initiales
 - A quoi sert l'arrêt de travail ? Est-il pertinent ?
 - Quels sont ses motifs ?
 - Que doit-on explorer devant une plainte « psy » ?

I - Repères

L'arrêt de travail peut permettre au patient de mieux gérer ses difficultés ou situations de stress et de préparer sa reprise de travail. Cependant, sa prolongation excessive peut aggraver l'anxiété du patient face aux difficultés, favoriser l'apparition de troubles psychiatriques plus spécifiques et entraîner sa désocialisation.

II - Le cadre

- Instaurer la confiance en développant une attitude empathique, de soutien et d'écoute.
- Évaluer l'intérêt de la prescription d'un arrêt de travail.
- Revoir rapidement le patient (une semaine maximum).
- Programmer les rendez-vous.
- Anticiper la reprise en y faisant allusion dès le premier entretien.
- Rechercher régulièrement des signes de gravité et de non-mobilisation.
- Informer le patient sur la nature des troubles, les effets bénéfiques de la prise en charge, et, si nécessaire ou utile, informer l'entourage du patient avec son accord.
- Établir avec lui un projet thérapeutique afin d'éviter les ruptures dans le suivi.
- L'encourager à adopter une attitude positive et active vis-à-vis de sa pathologie.
- Préparer la reprise avec la médecine du travail avec la possibilité de temps partiel ou d'adaptation de poste.
- Réévaluer régulièrement le projet, le réajuster si nécessaire.
- Évaluer les conséquences sociales et familiales de l'arrêt de travail, surtout si l'arrêt se prolonge.

III - Devant un trouble anxio-dépressif

- Symptômes anxio-dépressifs légers à modérés : abaissement de l'humeur ou tristesse, perte d'intérêt ou de plaisir, asthénie, troubles du sommeil ou de l'appétit, difficultés de concentration, indécision...
 - Symptômes somatiques associés : tremblements, palpitations, étourdissements, baisse de la libido...
 - Absence d'idées suicidaires, d'une souffrance morale (idées de nullité, de culpabilité, pessimisme) ou d'une symptomatologie correspondant aux critères d'un épisode dépressif majeur ou d'un trouble anxieux.
- ⇒ **Arrêt court avec rendez-vous de réévaluation dans moins de 7 jours**
- ⇒ **Le repos complet n'est pas préconisé et les sorties sont recommandées pour lutter contre l'isolement du patient. L'exercice physique régulier, une bonne hygiène du sommeil ainsi que l'utilisation de techniques de relaxation ou de gestion du stress peuvent être conseillés.**

IV - Devant une dépression majeure

Diagnostic

Le diagnostic de dépression est clinique. Les deux premières questions du MINI-test (cf. annexe 1) et le PHQ-2 (cf. annexe 2) permettent de repérer ce diagnostic avec une excellente sensibilité (96 %).

Les échelles d'évaluation (*PHQ-9, Beck Depression Inventory, MADRS, HDRS*) peuvent apporter une aide intéressante au diagnostic initial et permettent de suivre l'évolution du patient. Elles peuvent être cotées ALQP003 ; cette cotation peut être répétée lors des consultations de réévaluation.

Stratégie d'arrêt de travail

1. Proposer des arrêts relativement courts, entre une et deux semaines, afin de permettre de revoir précocement le patient.
Cette stratégie implique de rassurer le patient en lui expliquant que l'arrêt de travail sera prolongé si cela est nécessaire, car il faut éviter de générer une angoisse d'anticipation d'une reprise ; le médecin peut également fixer un rendez-vous de consultation quelques jours avant la fin de l'arrêt de travail.
2. Proposer d'emblée un arrêt long, d'un mois par exemple.
Dans ce cas, il est important de voir le patient au cours de l'arrêt afin d'évaluer son état psychique, de voir comment il envisage l'avenir, de l'inciter à consulter le médecin du travail si ce n'est déjà fait et de poursuivre l'écoute.

Avis spécialisé

Avis spécialisé, soit d'emblée selon l'importance des symptômes et les antécédents du patient, soit différé en cas d'évolution péjorative.

Réévaluation rapide

Consultations dédiées et programmées à l'avance, avec réévaluation rapide (3 à 7 jours). Ces consultations dédiées ont pour avantage pour le praticien d'évaluer l'impact de l'arrêt de travail sur la santé du patient (amélioration rapide, amélioration différée, aggravation ?), et pour le patient d'avoir un point d'ancrage temporel qui est perçu comme rassurant.

Lors d'un épisode dépressif, le patient peut être tenté de prendre des décisions radicales, destinées dans son imaginaire à améliorer sa qualité de vie (ruptures professionnelles, sentimentales, ...). Il est utile de négocier avec lui qu'il ne prenne aucune décision à fort impact tant que la rémission n'est pas acquise.

Traitement

Le traitement de référence repose sur la psychothérapie seule dans les états dépressifs caractérisés (EDC) d'intensité légère, associée à des antidépresseurs pour les EDC d'intensité moyenne (avec risque suicidaire et/ou auto-dévalorisation et/ou ralentissement idéo-moteur marqué). Cette référence doit souvent être adaptée d'une part aux représentations du soins du patient (par exemple refus des traitements psychotropes, ou absence totale « d'insight »), d'autre part aux ressources de soins accessibles. Les EDC d'intensité sévère nécessitent une prise en charge spécialisée en raison du risque vital majeur et du risque élevé de séquelles cognitives à long-terme. Les benzodiazépines et apparentés peuvent constituer une aide temporaire mais ne doivent pas être prescrites systématiquement, d'une part en raison du risque d'addiction, d'autre part parce que leur action tend à s'opposer à celle des antidépresseurs.

Les psychothérapies ayant une efficacité validée dans l'épisode dépressif caractérisé de l'adulte sont : la thérapie de soutien, les thérapies cognitivo-comportementales, les thérapies psychodynamiques et les thérapies systémiques. La thérapie de soutien peut être effectuée par le médecin traitant, si celui-ci est compétent, formé et accompagné.

Il existe de nombreuses ressources pour les travailleurs et les agents du service public en souffrance sur leur lieu de travail, ces ressources sont hélas souvent hermétiques pour le praticien, qui a tout intérêt à se constituer un réseau personnel de correspondants pour ces situations.

V - La prise en compte du contexte professionnel

Afin de décider avec le patient d'un arrêt, il peut être utile d'évaluer le rôle du travail : est-ce une des causes ? Est-ce un facteur aggravant ? Un facteur protecteur ? Les plaintes du patient peuvent orienter spontanément vers une pathologie liée au travail mais il faut parfois aider le patient à faire le lien.

Dans le cas où le travail est un facteur protecteur, le maintien en emploi peut être thérapeutique.

L'arrêt de travail est un outil thérapeutique qui a plusieurs fonctions (mettre à distance le travail, prendre du recul sur la situation, préparer la suite, reconstituer ses ressources physiques et psychiques) mais qui a également des effets secondaires (isolement, risque de désinsertion professionnelle, ...).

Réaliser un arrêt court, de l'ordre d'une semaine, a pour objectif de refaire le point avec le patient sur la symptomatologie et sur l'opportunité ou non de poursuivre l'arrêt de travail. Néanmoins, pour certains patients, une angoisse se développe les jours précédant la reprise potentielle d'activité : ne pas hésiter à rassurer le patient sur la possibilité de prolonger l'arrêt si nécessaire. Le rendez-vous peut être pris quelques jours avant la fin de l'arrêt de travail ou, si celui-ci est long, balisé de rendez-vous intermédiaires.

Plus l'arrêt de travail se prolonge, plus le risque de désinsertion professionnelle est important ; il est donc conseillé d'avoir, dès le début, un objectif partagé avec le patient de retour à l'emploi.

Après plusieurs semaines, il est important de provoquer, si possible, une visite de pré-reprise avec le médecin du travail. Celle-ci aura pour objectif d'évaluer les capacités de reprise du patient et les conditions de celles-ci (adaptation du poste, reconversion au sein de l'entreprise, temps partiel thérapeutique, reconnaissance MDPH, inaptitude...).

Si une reprise ne semble pas souhaitable ou possible, une concertation doit être programmée, éventuellement avec l'aide d'assistants sociaux, de services spécialisés de retour à l'emploi. Il peut être envisagé une inaptitude, une reconversion professionnelle, une reconnaissance MDPH, une invalidité. Pour les fonctionnaires il est rappelé ici qu'ils relèvent de la médecine statutaire (CLM et CLD) nécessitant le passage par des commissions régulières et dont les délais ont un impact sur le suivi. Les Centres Interdépartementaux de Gestion (CIG) constituent des ressources d'aide aux médecins et aux patients agents de la fonction publique.

VI - Cas particulier des patients présentant des troubles sévères de la personnalité, psychotiques ou souffrant d'addiction

L'objectif prioritaire est d'éviter la décompensation et la coopération pluridisciplinaire est encore plus importante. Le suivi rapproché du patient est fondamental.

Annexes

Annexe 1

MINI-test

M.I.N.I. 5.0.0 / French version / DSM-IV / lifetime (29 October 1999) / ♥ Lecrubier Y., Weiller E., Hergueta T., Sheehan D. et al.

Au cours du dernier mois, avez-vous eu une période, d'**une durée d'au moins deux semaines**, pendant laquelle :

- Q1 Vous vous êtes senti triste, cafardeux ou déprimé, une bonne partie de la journée, et ce, presque tous les jours ? OUI NON
- Q2 Vous aviez presque tout le temps le sentiment de n'avoir goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ? OUI NON

Annexe 2

PHQ-2

- 1) Au cours du dernier mois, avez-vous éprouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ?
2) Au cours du dernier mois, vous êtes-vous senti triste, déprimé ou désespéré ?

Coordination des travaux : Dr Michel Villiers-Moriamé

Groupe de travail
Dr Cyril Bègue, Dr Frédéric Urbain

Mars 2021



Les durées d'arrêt de travail indiquées visent à vous aider dans votre prescription. Elles sont indicatives et à adapter avec la prise en charge globale du patient et son parcours. Le retour à l'emploi sera abordé si possible dès la première consultation

Questions initiales

- A quoi sert l'arrêt de travail ?
- Quels sont ses motifs ?
- Que doit-on explorer devant une plainte psy ?

Selon le problème de santé	Durée de référence
Trouble anxio-dépressif léger et dépression légère	⇒ Revoir à moins de 7 jours ⇒ Durée moyenne de l'arrêt 15 jours
Dépression d'intensité moyenne et sévère	⇒ Revoir à moins de 7 jours ⇒ Possibilité de prescrire 1 mois d'emblée ; Possibilité d'arrêt prolongé ⇒ Durée moyenne 36 jours pour la dépression d'intensité moyenne
Avec place importante du travail	⇒ Revoir à moins de 7 jours ⇒ Possibilité de prescrire plusieurs semaines d'emblée pour permettre la déconnexion du milieu professionnel
Psychotiques et patients souffrant d'addictions	⇒ Pas d'indicateur possible ⇒ Concertation et consultations rapprochées pour éviter les décompensations

Durée de l'arrêt de travail à adapter selon :

- Le temps nécessaire à la restauration de l'équilibre psychique, la présence d'une appréhension anxieuse de la reprise
- L'effet des traitements psychotropes, s'ils sont prescrits (effets indésirables et délai d'action)
- Le retentissement social et familial
- La possibilité ou non d'une reprise aménagée (changement de poste, mi-temps...)
- Un éventuel avis spécialisé
- L'accompagnement nécessaire notamment psychothérapie, médecin du travail, éventuelle reconversion, inaptitude et invalidité