

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

CERTIFICATS D'ABSENCE POUR RAISONS MÉDICALES : QUELS SONT LES RÔLES
ET LES DÉFIS DU MÉDECIN TRAITANT? UN PORTRAIT DESCRIPTIF DE LA RÉALITÉ
AU QUÉBEC

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

LAURIANE DROLET

MARS 2023

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

De nombreuses personnes m'ont soutenue et accompagnée durant mon parcours doctoral. Je tiens aujourd'hui à les remercier.

Mes premiers mots sont évidemment pour mon directeur de thèse, le docteur Jacques Forget. Aucun mot à lui seul ne peut exprimer l'immense gratitude que j'éprouve à votre égard. Je vous suis reconnaissante d'avoir été si accommodant, généreux et disponible. Merci de m'avoir pris sous vos ailes dès mon entrée au baccalauréat et de m'avoir offert tant d'opportunités au fil des ans. Vous avez su encourager mon autonomie tout en me ramenant aux limites du possible dans le cadre d'un doctorat. Mes apprentissages faits au sein de votre laboratoire teinteront à jamais ma façon de réfléchir, de travailler, mais surtout d'écrire. Je tâcherai de laisser la littérature à Balzac, c'est promis. Certains disent de vous que vous êtes « chanceux » d'avoir autant d'étudiants sous le profil recherche ... je leur répondrais que c'est nous qui sommes privilégiés de pouvoir grandir intellectuellement sous votre enseignement et votre rigueur. Vous êtes sans l'ombre d'un doute un grand Professeur, mais surtout un mentor bienveillant aux qualités humaines immensément grandes. Votre présence était rassurante dans mes moments de doute ou d'incertitude. Vous avez su tendre l'oreille lorsque c'était nécessaire et me donner de judicieux conseils lorsque demandés. Du fond du cœur, merci pour tout.

Ce projet n'aurait pas été celui qu'il est aujourd'hui sans les judicieux conseils du Docteur Jean-Robert Turcotte, psychiatre. Je vous remercie pour votre très grande générosité. Nos discussions ont su pousser mes réflexions plus loin. Votre apport dans ce projet est indéniable. Du fond du cœur, merci.

Ett stort tack till Dr Kristina Alexanderson för hennes värdefulla råd och stora generositet. Mitt arbete har berikats.

J'aimerais souligner l'aide plus que précieuse de Carl Brouillette, ergothérapeute. Carl, ta grande disponibilité, ta bonne humeur, tes rétroactions si constructives et ton expertise font de toi un collaborateur hors pair. Tu es un excellent pédagogue et nos discussions étaient toujours très riches.

Je suis heureuse que nos chemins professionnels se soient croisés. Mes remerciements les plus sincères. Je vous souhaite de nombreuses autres collaborations.

Des remerciements spéciaux vont à Pier-Olivier Caron, mon « statmaster ». Pier-Olivier, en plus d'être un statisticien étoile, un collègue hors du commun, tu es un ami. Merci de calmer instantanément ma « statanxiété » et de me rappeler combien je suis capable. Le fait de te savoir pas trop loin en cas de doute statistique existentiel fait une différence significative à $p = 0,01$ dans la gestion de ma relation amour-haine avec les statistiques. Je vous souhaite de multiples autres collaborations, mais surtout, une longue vie à l'amitié qui subsiste entre nos deux familles.

Je remercie Dre Cynthia Cameron pour son regard clinique et pour ses rétroactions constructives. Nos chemins se sont croisés tardivement, mais nos brefs échanges ont su alimenter mes réflexions. Au plaisir de collaborer prochainement.

Très chers membres du jury, Professeure Chantal Sylvain, Professeur Gilles Dupuis et Docteur Nicola Casacalenda, je vous remercie de prendre le temps de lire ce projet qui m'est si cher et auquel j'ai consacré passion et énergie. Vos rétroactions me sont essentielles.

Docteurs Guimond et Noiseux, merci de m'avoir ouvert le chemin et d'avoir facilité mon recrutement. Le chemin fut ardu, mais sans vous, la qualité de cette thèse ne serait pas la même. Docteurs, merci d'avoir encouragé la collaboration interdisciplinaire et d'avoir soutenu la jeune relève en recherche. Votre aide est incommensurable. Merci à votre assistante Julie pour l'organisation des rencontres.

Je remercie Dre Lefebvre et madame Valérie Linteau pour leur aide dans le recrutement. Enfin, merci à toutes les associations régionales de médecins qui ont si généreusement accepté de partager mon projet avec leurs membres.

Bien évidemment, ce projet n'aurait pas été possible sans la participation de tous ces médecins de famille qui ont si généreusement accepté de participer à l'étude. Je vous en suis très reconnaissante. J'espère que mes résultats pourront faire avancer l'état des connaissances, mais surtout se

concrétiser en de positives retombées pour vous. Merci de veiller à la santé des Québécois jour après jour, et particulièrement en ces temps difficiles. Vous avez toute mon admiration.

Des remerciements à Martin Jodoin et à Mélanie Laberge pour la révision des instruments de mesure. Je tiens à remercier madame Poirier Monfette, bibliothécaire désignée au département de psychologie, pour ses précieux conseils dans la mise en page et pour sa grande patience. Vous avez été ma bouée de sauvetage. Geneviève Bergeron, ma partenaire de laboratoire, mon amie, merci pour tes encouragements et pour ton aide.

Mon parcours doctoral n'aurait pas été le même sans l'accompagnement du Professeur Luc Reid. Vous êtes pour moi un modèle de la pédagogie. Je vous remercie d'avoir accepté d'agir à titre de superviseur aux clauses réserves. Vos rétroactions et vos conseils m'ont permis de prendre confiance en moi et de faire un pas de plus vers l'enseignement. Merci.

Je remercie la FQRSC pour le soutien financier de même que l'UQAM pour les bourses à la participation à des rencontres scientifiques.

Des remerciements particuliers à Vanessa Alborino. Vanessa, merci pour ton soutien, tes révisions linguistiques, tes paris amicaux sur la date de mon dépôt et surtout pour ton amitié. Tu es une perle rare! *Ti amo amica.*

Etienne Bouchard, mon meilleur ami, mon réviseur linguistique, merci ! Merci d'être le frère que je n'ai pas. Je nous souhaite de nombreuses autres décennies d'amitié. Ning-Ning, ma belle amie. Un regard complice et notre amitié fut instantanée. 我愛你. Phanie, ma partenaire de doc, mon amie, merci pour ces moments d'étude au café durant lesquels la musique ambiante de Taylor Swift nous accompagnait bien malgré nous. Je conserve de beaux souvenirs de ces moments. Merci de me faire rire autant et pour ton soutien. Je remercie aussi mes amis de longue date, Julien, Franco, Myriam, Valérie, Jenney et Geneviève pour leur amitié.

Mes derniers mots sont pour mes êtres plus que chers, ma famille. Je remercie ma mère et ma grand-mère de m'avoir inculqué l'amour des livres, l'importance de l'éducation et de la persévérance.

Je remercie du fond du cœur mon mari, le père de mes enfants, ma plus sévère critique, mon partenaire de voyage et de conférences. Merci pour ton support inconditionnel et de croire si fort en moi. Tu es mon phare. Si j'avais à réécrire notre histoire, je n'y changerais rien. Un nouveau chapitre peut enfin commencer. Khony Hak Chao.

Olivia Rose, Matteo, mes amours, mes enfants, vous êtes sans aucun doute ma plus belle réussite ! Je suis privilégiée d'être votre maman.

Olivia, mon premier bébé, mon petit rayon de soleil, avec toi j'ai plongé dans la maternité. Merci de m'avoir choisie comme maman. J'admire ta force de caractère et ta détermination. Sans le savoir, tu fais de moi une meilleure personne et combien plus patiente. Ne cesse jamais de croire en toi et n'oublie jamais que je serai toujours ta plus grande « fan ».

Matteo, mon petit bouddha, mon grand dormeur. Je garde de beaux souvenirs de nos doux moments alors que tu dormais paisiblement sur moi pendant que je rédigeais des parties de cette thèse. Tu m'apprends sans le savoir à profiter du moment présent. Merci pour tes câlins, ta douceur, ta sensibilité, tes rires contagieux et ta bonne humeur quotidienne.

Comme vous le dites si bien, mon cœur est votre maison. Je vous souhaite de réaliser vos petits et grands rêves, mais surtout d'être heureux. Je vous aime.

DÉDICACE

À ta mémoire grand-mère,
Une décennie s'est écoulée depuis ton grand départ
Si une étoile brille plus qu'une autre ce soir
J'aimerais croire que ce sont tes yeux
qui brillent de fierté

À mes enfants,
« Aucun rêve n'est trop grand,
aucun rêveur n'est trop petit »
Walt Disney

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
DÉDICACE	vi
LISTE DES FIGURES	xi
LISTE DES TABLEAUX	xii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	xiii
RÉSUMÉ.....	xiv
ABSTRACT.....	xvi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 FAMILY PHYSICIANS' SICK-LISTING PRACTICES IN RELATION TO MENTAL DISORDERS : A DESCRIPTIVE STUDY	19
1.1 Abstract.....	20
1.2 Résumé.....	21
1.3 Introduction.....	22
1.4 Objectives	23
1.5 Methods	23
1.5.1 Participants	24
1.5.2 Data collection.....	24
1.5.3 Data analysis.....	25
1.6 Results.....	25
1.6.1 Sickness certification tasks	25
1.6.2 Sick-listing situations.....	26
1.6.3 Return to work discussion.....	26
1.6.4 Sick leave prolongation due to external factors	26
1.6.5 Problems encountered by physicians when dealing with sickness certifications tasks	27
1.6.6 Training.....	27
1.6.7 Perceived valuable options to ensure high quality handling of sickness certification.....	27
1.7 Discussion.....	28
1.8 Limitations	30
1.9 Future directions	30
1.10 Conclusion	30
1.11 Figures	32
1.12 Tables.....	33

1.13	References.....	40
CHAPITRE 2 TOWARDS A BETTER UNDERSTANDING OF THE MAIN BARRIERS TO EFFECTIVE COMMUNICATION WITH INSURERS : A FAMILY PHYSICIANS' PERSPECTIVE.....		
2.1	Abstract.....	44
2.2	Résumé.....	45
2.3	Introduction.....	46
2.3.1	Communication between stakeholders.....	46
2.4	Method.....	48
2.4.1	Participants.....	48
2.4.2	Instruments.....	48
2.4.3	Data collection.....	49
2.4.4	Analysis.....	49
2.5	Results.....	49
2.5.1	Sick-leave certifications and contacts with insurers.....	49
2.5.2	Difficulties encountered in contacts with insurers.....	50
2.5.3	Family physicians perceptions of insurers.....	50
2.5.4	The need for an electronic transmission system.....	50
2.5.5	Insurers' services.....	50
2.6	Discussion.....	51
2.7	Strengths and limitations.....	52
2.8	Conclusion.....	53
2.9	Tables.....	54
2.10	References.....	59
CHAPITRE 3 ÉTUDE EXPLORATOIRE PAR VIGNETTES CLINIQUES AUPRÈS DE MÉDECINS SUR LA CERTIFICATION D'INCAPACITÉ AU TRAVAIL LIÉE À DES TROUBLES MENTAUX.....		
3.1	Résumé.....	63
3.2	Abstract.....	64
3.3	Introduction.....	65
3.4	Objectifs.....	68
3.5	Méthode.....	69
3.5.1	Participants.....	69
3.5.2	Instruments de mesure.....	69
3.6	Collecte de données.....	71
3.7	Psychométrie.....	71
3.7.1	Transformation des éléments qualitatifs en éléments quantitatifs.....	71
3.7.2	Accords interjuges.....	72
3.7.3	Stratégies d'analyse.....	72

3.8 Résultats.....	73
3.8.1 Vignettes et évaluations diagnostiques	73
3.8.2 Vignettes et traitements recommandés.....	73
3.8.3 Vignettes et recommandations d'arrêt de travail.....	73
3.8.4 Limitations fonctionnelles	73
3.8.5 Limitations fonctionnelles et recommandations d'arrêt de travail	74
3.9 Discussion.....	74
3.10 Limites	78
3.11 Conclusion	79
3.12 Figures	81
3.13 Tableaux.....	82
3.14 Références.....	89
 CHAPITRE 4 DISCUSSION.....	 94
4.1 Première étude	94
4.1.1 Certificats d'absence pour raisons médicales : une tâche fréquente et problématique.....	95
4.1.2 Certificats d'absence pour raisons autres que médicales	95
4.1.3 Certificats d'absences et conflits avec le patient.....	97
4.1.4 Prolongation d'un arrêt de travail et facteurs externes.....	97
4.1.5 Besoins de formation	97
4.2 Deuxième étude	98
4.2.1 Obstacles à la communication.....	98
4.2.2 Communication électronique	99
4.3 Troisième étude.....	99
4.3.1 Traitements recommandés	100
4.3.2 Recommandations d'un arrêt de travail	100
4.3.3 Interprétation de la notion de limitations fonctionnelles.....	101
4.4 Contributions de la thèse.....	101
4.4.1 Contributions de la première étude	102
4.4.2 Contributions de la deuxième étude.....	106
4.5 Limites	108
4.6 Perspectives de recherches futures et pistes de réflexion.....	111
 CONCLUSION	 120
 APPENDICE A QUESTIONNAIRE SUR LES PRATIQUES DES MÉDECINS EN LIEN AVEC LA PRESCRIPTION D'UN CERTIFICAT D'ABSENCE POUR RAISONS MÉDICALES	 121
 APPENDICE B CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE DE PROJET RECHERCHE DU COMITÉ ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE SUR LES ÊTRES HUMAINS DE L'UQAM	 144

APPENDICE C CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE DE PROJET DE RECHERCHE DU CER ÉVALUATEUR –
CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DE L'EST DE L'ÎLE DE MONTRÉAL 146

APPENDICE D FORMULAIRE DE CONSENTEMENT 147

RÉFÉRENCES..... 154

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1: <i>Frequency of sickness certification consultations</i>	32
Figure 3.1: <i>Représentation graphique des notions liées à l'incapacité au travail pour une aide à la prise de décision</i>	81

LISTE DES TABLEAUX

Table 1.1: <i>Sample description</i>	33
Table 1.2: <i>Frequency of family physicians lacking time for different sickness related tasks</i>	34
Table 1.3: <i>Frequency of sick-listing situations encountered by family physicians (n=23†)</i>	35
Table 1.4: <i>Family physicians' perceived sickness certification difficulties (n=23)</i>	36
Table 1.5: <i>Education and sickness certification skills development</i>	37
Table 1.6: <i>Family physicians' perceived needs for training (n=23)</i>	38
Table 1.7: <i>Perceived valued solutions to ensure high quality sickness certifications (n=23)</i>	39
Tableau 3.1 : <i>Description de l'échantillon</i>	82
Tableau 3.2: <i>Fréquences des évaluations diagnostiques</i>	83
Tableau 3.3: <i>Fréquence des traitements recommandés selon la vignette</i>	84
Tableau 3.4: <i>Recommandations de traitements selon le nombre d'années d'expérience et le genre du médecin</i>	85
Tableau 3.5: <i>Fréquence des décisions face à l'arrêt de travail</i>	86
Tableau 3.6: <i>Fréquence des éléments de réponse cités en réponse à la question quelles sont les limitations fonctionnelles du patient</i>	87
Tableau 3.7: <i>Explications sous-jacentes à la recommandation ou non d'un arrêt de travail</i>	88

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CIF	Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
IVAC	Indemnisation des victimes d'actes criminels
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FP	Family physician
MMSE	Mini Mental State Examination
MOCA	Montreal Cognitive Assessment
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAEF	Programmes d'aide aux employés et à leur famille
PHQ-9	Patient health questionnaire
RPC	Régime de pensions du Canada
RRQ	Régime de rentes du Québec
RTW	Return to work
WHODAS	World Health Organization Disability Assessment System

RÉSUMÉ

Les troubles mentaux sont l'une des principales causes d'invalidité en Amérique, notamment au Canada et leurs coûts dépassent largement ceux engendrés par les maladies physiques (Dewa et al., 2010; Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2017; Lang et al., 2018). Les troubles mentaux constituent près du tiers des demandes de réclamation en invalidité de courte et longue durée (Autorité des marchés financiers, 2019; Dewa et al., 2010). Pour déterminer l'admissibilité du travailleur à ce type de prestations, des certificats médicaux sont exigés par les assureurs (Collège des médecins, 2020; Söderberg & Alexanderson, 2005). La littérature scientifique sur le sujet provenant principalement des pays scandinaves montre que les médecins qualifient cette tâche de problématique (Arrelöv et al., 2007). Toutefois, très peu d'études sur le sujet sont menées au Québec. La présente thèse a pour but de mieux décrire les pratiques, les défis et les besoins des médecins de famille.

Les résultats de cette thèse montrent que les médecins de famille complètent des certificats d'incapacité au travail chaque semaine. Pour 39,1 % d'entre eux, cette tâche est effectuée six fois et plus par semaine. Malgré la fréquence à laquelle cette tâche est complétée, elle est qualifiée de problématique par plus des trois quarts des répondants.

La première étude s'intéresse aux pratiques, aux défis et aux besoins des médecins de famille. Les résultats de cette étude montrent que l'évaluation de la durée optimale d'une absence, des limitations fonctionnelles et de la capacité du patient à travailler sont des difficultés notables. La gestion de conflits et la perception d'un double rôle sont aussi des éléments qui posent problème. Les médecins de famille rapportent un besoin de formation dans plusieurs domaines liés à la gestion de l'invalidité. Les résultats de la deuxième étude mettent en lumière que le manque de temps couplé aux facteurs administratifs, dont les heures d'ouverture des assureurs et le manque d'outils adaptés, sont des obstacles à la communication. Les médecins de famille accueilleraient favorablement une plateforme électronique permettant de compléter en ligne des formulaires et d'échanger avec des tiers. Étant donné que les limitations fonctionnelles sont souvent décrites comme étant difficiles à évaluer, la troisième étude consignée sous le troisième chapitre vise à mieux comprendre l'interprétation que font les médecins de famille de ce concept. Les résultats montrent que cette notion semble confondue à tort avec la notion de symptômes.

Le quatrième chapitre consiste en une discussion générale. Il vise à résumer les résultats les plus saillants, de les situer par rapport à la littérature scientifique, d'exposer les forces et les limites de la thèse et de proposer des pistes de recherche futures.

La contribution de cette thèse est notable, puisqu'elle est à notre connaissance la première à offrir une description détaillée des pratiques, des défis et des besoins des médecins de famille en contexte de certification d'une absence au travail pour trouble mental et à tenter de mieux comprendre l'interprétation qu'ils font de la notion de limitations fonctionnelles. Une meilleure compréhension des enjeux permettra de mieux adapter les formations, mais aussi de renforcer la communication et la collaboration entre tous les acteurs.

Mots clés : Invalidité, limitations fonctionnelles, trouble mental, assureur privé, certificats médicaux

ABSTRACT

Mental disorders are a leading cause of disability in the Americas, including Canada, and their costs far exceed those incurred by physical illness (Dewa et al., 2010; Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2017; Lang et al., 2018). Mental disorders make up nearly one-third of short- and long-term disability claims (AMA, 2019; Dewa et al., 2010). To determine the worker's eligibility to disability benefits, medical certificates are required by insurers (College of Physicians, 2020; Söderberg & Alexanderson, 2005). The scientific literature on the topic, principally from Scandinavian countries, shows that doctors describe this task as problematic (Arrelöv et al., 2007). However, very few studies on this theme have been conducted in Quebec. The purpose of this dissertation is to better describe the practices, challenges and needs of family physicians.

The results of this thesis show that family physicians fill out sickness certificates on a weekly basis. For 39.1 % of family physicians, this task occurs six or more times per week. Despite the high frequency at which this task is completed, it is described as problematic by more than three-quarters of respondents.

The first study focuses on the practices, challenges and needs of family physicians. The results of this study demonstrate that assessing the optimal duration of absence, functional limitations, and the patient's ability to work are noteworthy challenges. Managing conflict and the perception of dual roles are also problematic. Family physicians report a need for training in several areas related to disability management. The results of the second study highlight that lack of time coupled with administrative factors such as insurers' hours of operation and lack of appropriate tools are barriers to communication. Family physicians would be supportive of an electronic platform for online form completion and third-party communication. Since functional limitations are often described as difficult to assess, the third study in Chapter 3 sought to better understand family physicians' interpretation of this concept. The results show that this notion seems to be mistakenly confounded with the notion of symptoms.

The fourth chapter consists of a general discussion. It aims to summarize the most salient findings, to situate them in the scientific literature, to outline the strengths and limitations of the thesis, and to suggest directions for future research.

The contribution of this thesis is noteworthy since it is, to our knowledge, the first to provide a thorough description of the practices, challenges and needs of family physicians in the context of sickness certification due to a mental disorder and to attempt to better understand their interpretation of the concept of functional limitations. A better understanding of the issues will allow for better adaptation of training and hopefully enhanced communication and collaboration between all stakeholders.

Key words : Disability, functional limitations, mental disorder, private insurer, sickness certification

INTRODUCTION

De nombreux pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) connaissent une augmentation significative de la proportion de gens issus de la population active qui reçoivent des prestations d'invalidité (Organisation de coopération et de développement économique, 2009). Selon le rapport de l'OCDE (2016), 4,4 % de la population canadienne âgée de 20 à 64 ans reçoit des prestations d'invalidité, toutes conditions médicales confondues. Au Canada, entre 8 et 12 % de la main d'œuvre est absente du travail et obtient des prestations d'invalidité (Canadian Society of Professionals in Disability Management, 2020). Les taux d'invalidité diffèrent selon les provinces et le Québec est l'une des provinces ayant l'un des plus hauts taux au pays (Institut canadien des actuaires, 2019). Alors que le Québec ne constitue que 23 % de la population canadienne, il y enregistre pourtant 33 % des réclamations en invalidité, toute proportion gardée. À titre d'exemple, dans le secteur privé et pour la période de 2015 à 2017, un total de 97 000 demandes de prestations en invalidité de courte et longue durée ont eu lieu au Québec, avec un taux moyen annuel d'acceptation de 95 % et 88 %, respectivement (Autorité des marchés financiers, 2019). L'étude mandatée par la Commission de la santé mentale du Canada et réalisée par Smetanin et collègues (2011) estime qu'un Canadien sur cinq présente un trouble mental annuellement. Selon les mêmes auteurs, à 40 ans, un Canadien sur deux aura eu ou présentera un trouble de santé mentale. La Commission de la santé mentale du Canada (2016) estime quant à elle qu'environ 500 000 Canadiens sont absents du travail par semaine en raison de problèmes de santé mentale. Les problèmes mentaux, notamment la dépression, représentent l'une des principales causes d'invalidité à travers le monde (Organisation mondiale de la santé, 2001b, 2019). Au Canada, les troubles mentaux représentent environ le tiers des demandes de réclamation et pour lesquels les coûts sont parmi les plus élevés (Autorité des marchés financiers, 2019; Dewa et al., 2010; Mental Health Commission of Canada, 2017). Sur le plan national, le Québec se distingue encore une fois des provinces canadiennes quant à son pourcentage élevé de réclamations (41 %) pour troubles mentaux, comparativement à 25 % ailleurs au Canada (Institut canadien des actuaires, 2019). Les projections statistiques estiment une hausse de ce type de réclamation de 0,5 % à 1 % annuellement (Deloitte, 2019).

Le système de Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé

Il n'existe pas de définition universelle de l'invalidité, puisque celle-ci varie selon les organisations (Lévesque, 2005; Maness & Khan, 2015; Organisation mondiale de la santé, 2001a). D'ailleurs, le terme invalidité est parfois interchangé à tort avec celui de limitations fonctionnelles, bien qu'intimement liés, ils ne sont pas des synonymes (Maness & Khan, 2015). À cet effet, la revue systématique de la littérature scientifique effectuée par Barth et collaborateurs (2017) soutient que la comparaison d'études dans le domaine est difficile, notamment en raison des différentes définitions utilisées. Ainsi, il convient de définir les termes d'usage qui seront utilisés dans le cadre de cette thèse afin de mieux situer le lecteur. D'abord, l'équipe de recherche sur la mobilisation intersectorielle pour la santé au travail du centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail (MIST-CAPRIT, 2017) définit l'invalidité comme un « état d'incapacité physique ou mentale, à caractère temporaire ou permanent, dans lequel se trouve une personne à la suite d'une maladie ou d'un accident et qui l'empêche d'exercer, en tout ou en partie, ses activités professionnelles et d'en recevoir la rémunération ». Le MIST-CAPRIT ajoute que ce terme se substitue à celui d'incapacité au travail. D'ailleurs, le système de Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé (CIF) de l'OMS, utilise le terme « incapacité » (tiré de disability en anglais) et sa conceptualisation est généralement bien acceptée. Selon ce modèle, l'incapacité est un terme plutôt général qui englobe les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation, qui elles surviennent souvent en raison de trouble ou d'une maladie (Organisation mondiale de la santé, 2001a, 2011). Les déficiences sont définies comme l'atteinte ou l'altération des structures, des organes ou des fonctions, y compris les fonctions psychologiques (Organisation mondiale de la santé, 2001a, 2011). Elles sont souvent rapportées en termes de symptômes. Les limitations d'activité désignent des difficultés qu'une personne peut rencontrer lorsqu'elle exécute une tâche. Il s'agit ici d'évaluer si la personne est capable ou non d'effectuer certaines activités telles que soulever des charges ou se pencher. Il ne s'agit pas ici d'évaluer sa performance. Sur le plan psychologique, cela pourrait correspondre à une difficulté légère à s'organiser ou à planifier son temps. Ce terme pourrait correspondre à la notion de limitation fonctionnelle couramment utilisée dans le domaine de la gestion de l'invalidité et qui se définit comme étant des «restrictions physiques ou psychologiques, temporaires ou permanentes, susceptibles d'affecter le fonctionnement habituel d'un individu ou d'occasionner une aggravation

de sa condition » (MIST-CAPRIT, 2017). Enfin, les restrictions de participation renvoient aux problèmes qu'une personne peut rencontrer dans l'accomplissement de ses activités en situation de vie réelle (Organisation mondiale de la santé, 2001a, 2011). Par conséquent, elle sous-entend la notion de performance. Est-ce que la personne qui présente, par exemple, une difficulté à se mouvoir est capable de s'acquitter de ses responsabilités familiales ? Dans la négative, il y a restriction de participation. D'ailleurs, lorsque les restrictions de participation touchent la sphère professionnelle, on réfère communément à la notion d'incapacité au travail, qui elle se définit par « une restriction partielle ou complète de la participation au travail » (MIST-CAPRIT, 2017). En guise d'exemple, une personne qui exerce un emploi dans lequel elle doit prendre des décisions de manière indépendante serait en situation d'incapacité au travail, c'est-à-dire en situation de restriction de participation pour reprendre les termes de l'OMS, si elle a besoin d'aide régulièrement pour prendre des décisions requérant un niveau de jugement important. Pour illustrer l'idée, prenons un cas fictif, soit une travailleuse sociale qui travaille pour le Directeur de la Protection de la Jeunesse et qui doit procéder à une évaluation pour déterminer si un signalement est retenu. Advenant le cas où cette personne doit se référer à d'autres pour prendre des décisions dans la majorité de ces dossiers en raison de ses limitations fonctionnelles marquées en ce qui a trait à la prise de décision, serait en situation d'incapacité au travail.

L'OMS (2011) souligne le caractère dynamique des interactions entre les conditions de santé d'une personne et les facteurs contextuels, soit les facteurs environnementaux (p.ex. les obstacles ou les facilitateurs) et personnels (p.ex. les traits psychologiques, les habitudes de vie). Puisque ces facteurs interagissent entre eux, les milieux de travail peuvent jouer un rôle de premier plan en tentant d'éliminer les obstacles environnementaux ou sociaux dans le but de faciliter la capacité à travailler d'une personne. D'ailleurs, au Canada, à moins que cela pose une contrainte excessive à l'employeur, ce dernier a l'obligation légale de mettre en place des accommodements au travail dans le but d'éliminer tout élément discriminatif qui pourrait entraver la capacité d'une personne à effectuer un travail (MIST-CAPRIT, 2017). En d'autres termes, les accommodements peuvent enrayer l'incapacité dans certains cas. L'aménagement du poste de travail, la modification des heures de travail ou le télétravail en sont des exemples.

Sommairement, pour l'OMS, l'incapacité renvoie aux difficultés rencontrées dans minimalement l'une des trois sphères de fonctionnement ci-haut énumérées (déficiences, limitations d'activités et

restrictions de participation). Lorsqu'il s'agit d'évaluer la capacité des patients ayant des troubles mentaux à travailler, l'étude qualitative menée par Slebus et collaborateurs (2007) a montré que les professionnels de la santé accordent une plus grande importance au concept de participation (restriction de participation) qu'à celui de déficience, ce qui correspond à la notion d'incapacité au travail pour reprendre les termes communément utilisés dans le domaine.

Invalidité au Québec et au Canada

Selon l'Autorité des marchés financiers (2020), l'invalidité renvoie à l'idée qu'une personne n'est pas en mesure d'exercer un travail rémunérateur ou d'accomplir ses activités de la vie quotidienne (AVQ) en raison d'une maladie ou d'une blessure. Au Canada, différents régimes d'invalidité, privés ou publics, sont disponibles. Notons le Régime de pensions du Canada (RPC), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), le Régime de rentes du Québec (RRQ) et les régimes privés. En ce qui a trait aux régimes privés, l'assurance invalidité est souvent comprise sous les assurances collectives, mais il est aussi possible d'y souscrire individuellement (ACCAP, 2021). Il convient aussi de spécifier que l'assurance invalidité peut être de courte ou de longue durée. Comme son nom l'indique, l'invalidité de courte durée offre des prestations pour une période plutôt brève, souvent inférieure ou égale à 26 semaines. L'invalidité de longue durée est un type d'assurance qui offre un remplacement de revenu selon un pourcentage prédéterminé, souvent entre 60 et 70 % du revenu régulier, et qui s'étend sur une longue période, typiquement deux ans en moyenne, et parfois même jusqu'à ce que la personne atteigne l'âge de la retraite, soit 65 ans (ACCAP, 2021; Autorité des marchés financiers, 2020; Canada, 2021; La Capitale, 2021). Chaque instance définit ce que constitue l'invalidité. Il n'est donc pas étonnant de lire sur le site web du gouvernement fédéral (Gouvernement du Canada, 2020) que « l'admissibilité à des prestations d'invalidité de programmes d'autres gouvernements ou d'assureurs privés ne garantit pas l'admissibilité aux prestations du RPC », ce qui rejoint essentiellement la position du gouvernement du Québec, qui stipule que le « fait d'être reconnu invalide par une compagnie d'assurance ou par un autre organisme ou ministère ne vous donne pas droit automatiquement à la rente d'invalidité du Régime de rentes du Québec, car les critères d'admissibilité peuvent être différents » (Retraite Québec, 2019).

Considérant la multitude de régimes, il va sans dire que les critères d'admissibilité sont nombreux et varient grandement d'une instance à l'autre, mais aussi selon le contrat signé entre un assureur et un client (Autorité des marchés financiers, 2020; Dewa et al., 2014; Ekberg et al., 2019; Gouvernement du Canada, 2020; Lévesque, 2005; Retraite Québec, 2019). À titre indicatif, pour un contrat donné, l'invalidité pourrait renvoyer au fait qu'une personne doive être incapable d'effectuer toutes les tâches de son emploi habituel, alors que pour une autre, la reconnaissance d'une invalidité pourrait être conditionnelle à la démonstration d'une incapacité à effectuer les tâches d'un emploi pour lequel elle a les qualifications ou pour lequel elle pourrait raisonnablement devenir qualifiée en raison de sa formation, de son éducation et de son expérience (Autorité des marchés financiers, 2020). Il s'agit là d'une distinction importante, puisque dans le second cas de figure, l'accès à des prestations d'invalidité est beaucoup plus restreint.

Le RPC indique que des personnes pourraient être admissibles à des prestations si une « invalidité mentale ou physique les empêche d'occuper de façon régulière tout type d'emploi véritablement rémunérateur » (Gouvernement du Canada, 2020). Pour le RRQ, une personne peut se qualifier pour des prestations lorsque son invalidité est « jugée grave et permanente, telle que reconnue par l'équipe médicale de Retraite Québec ». À cet effet, le RRQ spécifie qu'une invalidité grave et permanente doit témoigner d'un état définitif et sans amélioration possible empêchant la personne d'occuper un emploi à temps plein (2020). De son côté, outre les critères d'admissibilité à caractère plus administratifs (p.ex. délai pour acheminer la demande), la CNESST (2021) précise que des indemnités de remplacement du revenu peuvent être versées aux personnes incapables d'exercer leur emploi à cause d'une lésion ou d'une maladie professionnelle, et ce, jusqu'à ce qu'elles soient capables d'exercer leur emploi ou encore capables d'exercer à nouveau et à temps complet un emploi jugé convenable.

Enfin, il importe d'ajouter que selon les contrats, des critères ou clauses supplémentaires peuvent être inscrits et doivent être rencontrés afin de se qualifier et d'obtenir des prestations. Notons entre autres la nécessité de suivre des traitements appropriés, de se soumettre à des évaluations médicales, de recevoir des soins médicaux continus et de n'exercer aucune autre activité rémunératrice, tout comme l'obligation de participer à des programmes de réadaptation dans le but de favoriser une réintégration à l'emploi (Commission des normes, 2021; Desjardins Sécurité financière, 2021; Sunlife Financial, 2020c). Ainsi, une personne peut être considérée invalide selon le libellé de la

définition prévue à son contrat sans toutefois être admissible à des prestations d'invalidité. En d'autres termes, une personne qui n'adhère pas à son traitement peut possiblement se faire refuser des prestations au même titre qu'un travailleur qui ne voudrait pas participer à un programme de réadaptation pourrait se voir refuser des prestations, et ce, même s'il rencontre tous les autres critères (Sunlife Financial, 2020c).

Il convient également d'ajouter que de nombreux contrats incluent une clause appelée changement de définition. Typiquement, l'entrée en vigueur du changement de définition survient après 12 ou 24 mois d'invalidité et signifie que les limitations fonctionnelles du travailleur ne sont plus seulement considérées en vertu de son propre emploi, mais bien en fonction de tout emploi pour lequel la personne pourrait être qualifiée de par sa formation, sa scolarité et son expérience (Lindenberg, 2014; Share Lawyers, 2020; Sunlife Financial, 2020b).

Prenons le cas fictif d'un pompier qui est en arrêt de travail depuis 24 mois en raison d'un état de stress post-traumatique qui s'est développé à la suite d'une exposition à un trauma survenu à l'extérieur des heures de travail. Avant d'exercer ce métier, cette personne avait complété un baccalauréat en enseignement de l'éducation physique et avait enseigné au primaire pendant quatre ans. Elle avait aussi occupé un emploi d'entraîneur dans un gymnase pendant deux ans. Pour les fins de l'exemple, le changement de définition survient à 24 mois. Ainsi, au-delà de cette date, cette personne pourrait ne plus être considérée invalide, car l'évaluation prendrait maintenant en compte tout type d'activité rémunératrice pour laquelle la personne peut être qualifiée ou pourrait aisément se qualifier. Dans l'exemple utilisé ici, l'assureur pourrait déterminer que cette personne peut occuper un emploi d'enseignant ou d'entraîneur et ainsi cesser les prestations. Évidemment, l'exemple est un peu simpliste et aucune évaluation vocationnelle n'a été effectuée, mais il s'agit seulement ici d'illustrer en termes concrets la notion de changement de définition. Les différentes provisions contractuelles mettent en évidence que le concept d'invalidité est complexe et dynamique.

En somme, il appert que la définition même de l'invalidité diffère d'une instance à une autre, d'un promoteur de régime à un autre, mais aussi d'un contrat à un autre. Par contre, en ce qui concerne l'admissibilité à des prestations d'invalidité, force est de constater que certains concepts, dont la

les effets de la maladie sur les capacités fonctionnelles de la personne, semblent centraux, en plus des dispositions contractuelles.

Rôle du médecin

Face à un patient présentant une maladie ou une blessure interférant avec sa capacité de travailler, le médecin de famille est dans « l'obligation de lui fournir tous les renseignements nécessaires afin de ne pas le priver de privilèges auxquels il pourrait avoir droit ou pour assurer sa protection » (Collège des Médecins, 2020). Dépendamment de la durée de l'absence, ces formulaires peuvent être requis à plusieurs intervalles. Bien que variable dans la forme, la majorité des formulaires d'invalidité requiert les informations suivantes : le diagnostic, les limitations et capacités fonctionnelles, les traitements requis, la durée de l'absence et le pronostic.

L'Association médicale canadienne (2017) précise que le médecin doit fournir des renseignements objectifs sur les limitations et capacités, tout en soulignant l'obligation du médecin à bien compléter le formulaire, c'est-à-dire en totalité, avec objectivité et exactitude. Il importe ici de rappeler que le rôle du médecin se limite à la transmission d'informations et qu'il ne lui appartient aucunement de déterminer l'admissibilité du travailleur à des prestations d'invalidité. Cette tâche relève des gestionnaires de dossiers issus des systèmes de compensation tels les assureurs, la CNESST ou autres (Collège des Médecins, 2020; Söderberg & Alexanderson, 2005; Söderberg & Mussener, 2008). Étant donné les différentes définitions et clauses contractuelles vues précédemment, il va de soi que le médecin ne peut se prononcer sur la décision d'indemniser un patient ou non. En d'autres termes, un médecin peut produire un certificat d'absence pour raisons médicales, mais il n'est pas impliqué dans les décisions administratives relatives aux indemnités d'invalidité.

La prescription d'un arrêt de travail pour raisons médicales

La tâche de compléter un certificat d'absence pour des raisons médicales est fréquemment effectuée par les médecins, particulièrement par les médecins de famille (Kedzia et al., 2015; Letrilliart & Barrau, 2012; Lindholm et al., 2010; Löfgren et al., 2011; Wynne-Jones et al., 2008). Bollag et collègues (2007) estimaient que 4 % de toutes les consultations du médecin généraliste

mènent à un certificat d'absence pour raisons médicales. Les résultats de l'étude de Lindholm et collègues (2010) montrent que 52,4 % et 40,4 % des médecins pratiquant en première ligne ont des consultations en lien avec des demandes d'arrêt de travail pour raisons médicales entre une et cinq fois par semaine et entre six et vingt fois par semaine, respectivement. Une étude suisse qui porte sur le nombre de certificats d'absence au travail émis pour raisons médicales hebdomadairement par les médecins de famille montre que 53 % des participants ont indiqué en émettre entre six et vingt fois par semaine, alors que 11 % rapportaient en accorder plus de vingt fois par semaine (Kedzia et al., 2015). À l'instar de l'étude de Kedzia et collaborateurs (2015), la majorité des études rapportent qu'une proportion importante de médecins, dont surtout des médecins de famille, qualifient cette tâche de problématique, voire même difficile (Carlsson et al., 2015; Gerner & Alexanderson, 2009; Hinkka et al., 2018; Lindholm et al., 2010; Ljungquist et al., 2012; Timpka et al., 1995; Von Knorring et al., 2008). D'ailleurs, dans une étude, certains des médecins spécialistes avouaient avoir opté pour une spécialité médicale afin d'éviter le plus possible ce type de tâche (Gerner et Alexanderson, 2009).

En plus de la charge administrative considérable et le manque de temps associé, d'autres difficultés sont rapportées tels l'évaluation des limitations fonctionnelles et de la capacité à travailler, le manque de formation, l'estimation de la durée optimale, les conflits entre médecins et patients à propos d'un arrêt de travail et la perception d'un conflit de rôle (Dewa et al., 2015; Letriliart & Barrau, 2012; Ljungquist et al., 2012; Soklaridis et al., 2011; Timpka et al., 1995; Von Knorring et al., 2008). Le conflit de rôle renvoie au fait que les médecins sentent qu'ils doivent à la fois se positionner comme « l'avocat » ou encore « à la défense » du patient, mais aussi comme expert médical pour l'entité qui indemnise (p.ex. l'assureur) qui, elle, requiert de l'information médicale (Wahlström & Alexanderson, 2004). De façon intéressante, Parsons (1951) cité dans Myfanwy (2008) amène la notion de « gatekeeper » que nous choisissons ici de traduire par « gardien social ». Essentiellement, selon Parsons (1951), une société ne peut fonctionner si tous ces citoyens sont malades et il en revient au médecin d'exercer un certain « contrôle » et de confirmer qu'une personne ne peut occuper un rôle social comme celui de travailler. Il semble que la société s'est dotée, il y a de cela bien longtemps, de mécanismes de contrôle en utilisant le médecin comme « gardien social » de l'arrêt de travail. Devant les besoins criants en santé et le manque de temps des médecins, il est possiblement venu le temps d'explorer d'autres façons de faire et de considérer

utiliser les expertises d'autres professionnels. Selon les résultats rapportés dans Zinn et Furutani (1996), jusqu'à 56 % des médecins ayant participé à leur étude rapportaient exagérer les données cliniques afin d'aider le patient à obtenir des prestations d'invalidité, lorsqu'ils étaient persuadés qu'ils en méritaient. D'autres études ont également mis des résultats similaires en lumière (Gulbrandsen et al., 2007; Shutzberg, 2019). Ces résultats mettent en évidence le conflit de rôle ressenti, mais soulèvent aussi des questions déontologiques et éthiques.

Limitations fonctionnelles

Il importe de distinguer la notion de limitations fonctionnelles de celle de symptômes. Les symptômes consistent en des manifestations subjectives observées par le patient et qui parfois l'amènent à consulter un médecin. Dans certains cas, ils peuvent indiquer une condition médicale sous-jacente (Gouvernement du Québec, 2008; King, 1968; Nature, 2020). La fatigue, la tristesse, le mal de tête et la baisse d'appétit en sont des exemples. Il est également important de souligner que la notion de limitations fonctionnelles n'est pas simple à définir, puisque la définition n'est pas la même selon la source à laquelle on se réfère. Selon le document publié par le gouvernement du Québec (2008) sur l'invalidité dans le Régime de rentes du Québec à l'intention du médecin traitant, les limitations fonctionnelles sont définies comme étant quelque chose qu'une personne n'est plus capable d'accomplir, et ce, de façon permanente et pour laquelle la réadaptation ne permettrait pas une amélioration. Cette spécificité met en avant-plan le caractère irréversible de la limitation fonctionnelle, ce qui contraste avec d'autres définitions. À ce propos, l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) stipule que la limitation fonctionnelle correspond à : « l'incapacité de la personne à exécuter certains mouvements, à prendre certaines positions, à garder certaines postures ou à subir certaines contraintes dans des conditions quantifiables ». L'IVAC ajoute qu'une limitation fonctionnelle peut être totale ou partielle, et temporaire ou permanente (IVAC, 2020). La définition de l'IVAC n'est pas très précise quant aux limitations d'ordre psychologique. Le groupe de mobilisation intersectorielle pour la santé au travail du Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail (2017) considère les limitations fonctionnelles comme « des restrictions physiques ou psychologiques, temporaires ou permanentes, susceptibles d'affecter le fonctionnement habituel d'un individu ou d'occasionner une aggravation de sa condition ». Enfin, dans un rapport rendu public par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (Lapointe, 1991), les limitations fonctionnelles sont plutôt définies comme des « pertes ou

des diminutions des fonctions corporelles, soit physiques, cognitives, ou sensorielles, associées à la lésion professionnelle ». De façon usuelle, il semble approprié de convenir que les limitations fonctionnelles renvoient à une réduction de la capacité physique ou psychologique à accomplir une activité ou, en termes plus simplistes, cela correspond à ce que la personne n'est pas capable de faire (Gouvernement du Québec, 2008; Maness & Khan, 2015; Marcoux, 2007; MIST-CAPRIT, 2017). Une recherche en ligne de formulaires médicaux à l'intention des médecins traitants révèle que la majorité de ceux consultés, à quelques exceptions près, comprennent un champ à compléter relatif aux limitations fonctionnelles, sans toutefois en fournir les spécificités (ACCAP, 2017; Capitale, 2017; Desjardins Insurance, 2020). En appui, il suffit de consulter le formulaire commun proposé aux assureurs et mis à leur disposition par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (2017) pour constater qu'il n'y a pas de définition ou de critères spécifiques offerts pour définir le concept. Le libellé de la question se lit comme suit : « veuillez décrire les restrictions et limitations cognitives ou physiques actuelles du patient ». Considérant des différences majeures sur le plan sémiologique, il ne va pas sans dire que ce flou puisse possiblement être à l'origine des difficultés rencontrées par les médecins pour exposer de façon claire et compréhensible les limitations fonctionnelles ou les restrictions du travailleur, notions abordées ci-après.

Évaluation fonctionnelle

La conception et l'évaluation de ce qu'est une limitation fonctionnelle consiste en l'une des difficultés les plus fréquemment rapportées (Arrelöv et al., 2007; Engblom et al., 2011; Gerner & Alexanderson, 2009; Kiessling & Arrelöv, 2012; Macdonald et al., 2012). Dans le but de pallier ces difficultés, des instruments standardisés visent à mesurer les difficultés vécues dans divers domaines de vie qui découlent de la condition de santé. Notons entre autres, le World Health Organization Disability Assessment System (WHODAS) développé par l'OMS (2010) et qui comprend 36 énoncés visant à mesurer le degré d'incapacité selon six sphères d'activités ou encore l'échelle d'incapacité de Sheehan. En d'autres termes, ces outils permettent respectivement d'apprécier les effets perçus de la condition médicale sur le fonctionnement ou sur la participation d'un individu dans les différentes sphères de vie.

D'autres instruments reconnus pour jouer un rôle dans le dépistage d'atteintes neurocognitives comme le Montreal Cognitive Assessment (MOCA) ou le Mini Mental State Examination (MMSE) sont aussi parfois utilisés pour avoir un aperçu des capacités cognitives des personnes. Ces outils s'avèrent utiles pour dépister les atteintes cognitives, mais également pour suivre leur évolution et mesurer les effets des traitements sur ces dernières (Provencher, 2005). Par contre, ces outils n'ont pas été conçus pour évaluer le fonctionnement d'une personne ou les restrictions de participation. Si l'on tente de mieux situer ces types d'outils en regard de la CIF, ils correspondraient surtout à l'identification de la composante des déficiences puisqu'ils permettent de dépister/d'évaluer les fonctions cognitives comme la mémoire et les habiletés visuospatiales. Bien évidemment, si des déficiences sont trouvées, celles-ci peuvent ou pourraient mener à des limitations d'activités et éventuellement (selon le trouble) conduire à des restrictions de participation, surtout si des accommodements ne sont pas disponibles.

De nombreux autres instruments validés tels que le Patient Health Questionnaire (PHQ-9), qui requiert seulement quelques minutes pour en effectuer la passation, sont parfois utilisés en clinique pour déterminer la sévérité de la dépression (Zack et al., 2020). Bien qu'une étude récente menée par Zach et collaborateurs (2020) avait pour but de déterminer si un lien existait entre le pointage obtenu au PHQ-9 et l'évaluation de la capacité à travailler effectuée par le médecin en santé occupationnelle, cet outil n'a pas été développé pour évaluer les restrictions de participation. Les résultats de l'étude montrent une corrélation faible à modérée. D'ailleurs, bien que certains auteurs suggèrent que ces outils demeurent peu utilisés par les médecins de première ligne (Rozefort et Bélanger, 2012), d'autres se questionnent sur la validité et la pertinence de tels instruments dans un contexte d'invalidité avec prestations, puisqu'à la base, ils n'ont pas été créés pour mesurer les limitations fonctionnelles ou la capacité à travailler (Kreider, 1999; Spanjer et al., 2011). Ces auteurs supposent que les résultats à de tels tests pourraient être influencés par les croyances du travailleur. Ainsi, s'il croit que ses prestations d'invalidité pourraient être compromises selon les résultats au test, ces derniers pourraient ne pas être tout à fait représentatifs de son état véritable.

À l'instar des outils développés, il semble que les médecins ont de la difficulté à adopter une approche évaluative dite fonctionnelle, c'est-à-dire déterminer si le patient a ou n'a pas les capacités fonctionnelles nécessaires à l'exercice de son emploi (Timpka et al., 1995). Krohne et Brage (2008) croient que la difficulté réside dans la conceptualisation même qu'ont les médecins

de l'évaluation fonctionnelle. Ces chercheurs ont mené une étude qualitative avec des groupes de discussion dans le but de mieux cerner leur conceptualisation/interprétation de la notion de l'évaluation fonctionnelle. Il appert que les médecins considèrent l'état physique, mental et social comme tributaire du degré de fonctionnalité de la personne. De manière générale, ils considèrent que l'aspect physique est plus facile à évaluer que les capacités mentales ou symptômes subjectifs telle la douleur (Colledge et al., 2009; Nilsen et al., 2011). L'évaluation des capacités fonctionnelles requiert que les médecins disposent de connaissances suffisantes quant au type de travail et de tâches que doit effectuer le patient, ce qui n'est pas toujours le cas (Sawney, 2002). Les symptômes d'une maladie ne sont pas toujours synonymes de limitations fonctionnelles. Par ailleurs, un travailleur peut avoir des limitations fonctionnelles sans toutefois être incapable de faire les tâches essentielles de son emploi. Ainsi, la présence de limitations fonctionnelles ne mène pas forcément à de l'invalidité. À titre d'exemple, une réceptionniste qui s'est fracturé l'index n'est pas nécessairement incapable d'effectuer ses tâches à l'emploi comparativement à une coiffeuse en raison de limitations fonctionnelles (p.ex. préhension) qui interféreraient avec sa capacité à manipuler les ciseaux. Sur le plan de la santé psychologique, un ambulancier ayant une phobie spécifique à la conduite pourrait être plus susceptible d'être incapable d'effectuer ses tâches à l'emploi (à moins d'accommodations) comparativement à une infirmière en clinique, pour qui la conduite n'est pas requise. Sur ce plan, des études ont mis en évidence des différences importantes entre l'évaluation fonctionnelle, le degré fonctionnel d'une personne et sa capacité à travailler (Krohne & Brage, 2008). D'ailleurs, les médecins ayant participé à cette étude ont suggéré que l'évaluation fonctionnelle devrait être réservée à des professionnels de la santé ayant une formation plus axée sur ce volet qu'eux, à savoir les physiothérapeutes et les ergothérapeutes (Krohne & Brage, 2008). Ces résultats semblent renforcer ceux de O'Fallon et Hillson (2005), selon lesquels des médecins rapportent ressentir de l'inconfort face à l'évaluation des limitations fonctionnelles. Alors que certains auteurs mettent en perspective le souhait des médecins de déléster cette tâche perçue comme difficile, d'autres tentent de mieux comprendre les éléments qui devraient être considérés afin d'en augmenter la rigueur. L'étude qualitative de Bertilsson et collègues (2018) est intéressante, puisqu'elle présente des éléments clés qui devraient faire partie intégrante du processus d'évaluation fonctionnelle. Entre autres, le groupe de travail retient la recherche d'informations touchant la sphère professionnelle, dont des questions sur le type d'emploi, le statut, l'horaire de travail, les exigences mentales et émotionnelles requises, l'environnement du travail

incluant le niveau de risque et les accommodations possibles. Au Québec, le rapport de Durand et collaborateurs (2017) effectué pour l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail abonde dans le même sens et souligne l'importance de procéder à une évaluation globale et continue, et de documenter les tâches au travail et les possibles obstacles au retour au travail. Pourtant, ces informations ne sont pas systématiquement demandées (Krohne & Brage, 2008).

Malgré le caractère légal des formulaires médicaux, les études démontrent qu'ils sont souvent mal complétés, incomplets ou inexacts (Bird, 2011; Kiessling et al., 2013; Söderberg & Alexanderson, 2005; Starzmann, 2018). L'étude suédoise de Karlsryd (citée dans Wahlström & Alexanderson, 2004) montre qu'entre seulement 46 et 87 % des certificats sont dûment complétés par les médecins, ce qui sous-entend que jusqu'à 52 % des certificats sont mal complétés. Söderberg et Alexanderson (2005) ont analysé qualitativement des centaines de certificats médicaux complétés et envoyés à l'entité chargée de déterminer l'admissibilité de leur patient à des prestations d'invalidité. Leurs résultats ont montré que près des trois quarts (73 %) des certificats médicaux étaient incomplets. Parmi les informations manquantes les plus fréquemment observées, il faut noter l'absence de la description des capacités fonctionnelles dans 30 % des cas, l'absence d'information sur le diagnostic dans 21 % des cas. En outre, dans 22 % des certificats médicaux, aucune des deux informations n'était disponible. De façon similaire, l'étude de Starzmann et collaborateurs (2019) montre que près de 50 % des certificats médicaux analysés ne contiennent pas suffisamment d'informations en ce qui a trait aux limitations d'activités. Sturesson et d'autres collaborateurs (2015) se sont également intéressés au contenu des certificats médicaux et ont mandaté un spécialiste en assurances pour évaluer la qualité des certificats médicaux reçus. Dans cette étude, le tiers (34 %) des certificats médicaux étaient incomplets et nécessitaient de l'information supplémentaire. Les résultats de leur étude sont similaires à ceux d'autres études en ce sens où ils mettent eux aussi en évidence un manque d'information, notamment en ce qui a trait aux limitations et aux capacités fonctionnelles (Skånér et al., 2013; Söderberg & Alexanderson, 2005; Starzmann et al., 2019). Letrillart et Barrau (2012) ont d'ailleurs relevé que cette tâche est souvent négativement perçue et estiment qu'une telle attitude envers celle-ci puisse faire en sorte que le médecin ne s'investit pas dans la tâche ou encore, fait une mauvaise utilisation du système.

Le caractère vague et ambigu de la capacité à travailler est souvent mis de l'avant pour justifier le manque d'information ou les difficultés rencontrées dans l'évaluation de cette dernière (Stigmar et

al., 2010; Sturesson et al., 2013a; Talmage, 2007). Afin d'illustrer ces difficultés d'évaluation, Stigmar, Grahn et Ekdahl (2010) ont rapporté dans leur étude les propos de l'un de leurs participants qui signalait qu'il était difficile pour lui de définir ce qu'est la capacité à travailler. Cette réflexion n'est pas étonnante si l'on considère les différentes définitions des concepts d'invalidité, de capacité au travail et de limitations fonctionnelles, de même que des subtilités qui les distinguent. Pour Maness et Khan (2015), les limitations fonctionnelles se définissent comme une contrainte ou le manque de capacité à effectuer une activité dans les limites de ce qui est considéré normal, alors que la firme d'avocats Aaron Waxman et associés (2021) spécialisée en invalidité, indique qu'une limitation « renvoie à une activité qu'on ne peut effectuer en raison d'un manque de capacité physique ou psychologique » (traduction libre). Les travaux de recherche de Ludvigsson et collègues cités dans Stigmar (2010) soulignent la nécessité de mieux définir la capacité à travailler. Une définition claire permettrait le développement d'outils visant à mieux évaluer le construit. En l'absence d'une définition opérationnelle et d'instruments d'évaluation standardisés, il n'est pas étonnant de constater que l'interprétation de ce qu'est la capacité à travailler diffère d'un professionnel de la santé à l'autre, mais également entre les professionnels de la santé et les gestionnaires de cas des assureurs (Sturesson et al., 2013b). Outre le problème conceptuel, le manque de formation des médecins en santé occupationnelle et en évaluation de la capacité à travailler peut en partie expliquer la qualité de l'information fonctionnelle souvent critiquée (Hussey et al., 2004; Sawney, 2002; Swartling et al., 2008; Walters et al., 2010; Wynne-Jones et al., 2010). Des recherches qualitatives mettent de l'avant l'idée que la perception de certains médecins quant à leur formation professionnelle et leurs tâches est d'abord liée à l'identification et au traitement des problèmes de santé plutôt que d'être associée à l'évaluation de la capacité à travailler d'une personne (Stigmar et al., 2010). En appui, Chen (2007) soutient que la formation en médecine met surtout l'accent sur la physiologie et les structures anatomiques et non pas sur les fonctions et l'invalidité.

Les résidents en médecine rapportent eux aussi un manque de formation et de connaissances dans le domaine de l'invalidité, mais complètent des certificats d'arrêt de travail (Walters et al., 2010). Le manque de formation et d'instruments standardisés quant à la manière d'évaluer la pertinence d'un arrêt de travail pour raisons médicales peut à certains égards engendrer des coûts indus ou

non justifiés, nuire aux patients, mais aussi donner place à des évaluations dont la validité est variable.

Outre les enjeux éthiques, administratifs et légaux que cela puisse soulever, des certificats incomplets peuvent avoir des conséquences pratiques directes pour les travailleurs, employeurs et assureurs. Puisque le formulaire médical représente le principal mode de communication entre le médecin traitant et l'entité qui indemnise, lui permettant d'évaluer l'admissibilité de la demande en fonction de la définition et des critères au contrat (Engblom et al., 2011; Söderberg & Alexanderson, 2005). Il va de soi qu'un manque de précision ou d'information peut occasionner un délai dans le traitement de la demande et ainsi conduire à un retard dans le versement des prestations ou encore se solder par un refus de prestations (Söderberg & Alexanderson, 2005). D'ailleurs, par l'entremise d'un document disponible sur le web, la Financière Sun Life (2020c) indique que les renseignements fournis par le médecin ont pour but d'aider à comprendre la nature de la maladie et son incidence sur les capacités fonctionnelles. Or, si seulement une partie de l'information est fournie ou que la demande comporte plusieurs omissions, cela pourrait entraîner un délai dans le traitement de la demande, étant donné que l'assureur n'aurait pas toutes les données pertinentes pour prendre une décision éclairée (Sunlife, 2020b). Outre les délais ou les conséquences financières, un formulaire incomplet peut aussi causer un délai dans l'application des mesures de réadaptation et de retour au travail (Söderberg & Alexanderson, 2005).

Communication et collaboration

Tel que mentionné dans la section précédente, à ce jour, le formulaire médical représente le principal mode de communication et d'échange entre le médecin et la tierce partie. Ce type de communication peut avoir des limites, puisqu'il ne permet pas de demander des précisions, le cas échéant. Un nombre croissant d'études démontrent qu'une communication efficace entre le médecin et l'assureur peut mener à des retombées positives pour les acteurs, notamment un retour plus rapide à la santé et au travail (Brijnath et al., 2014; Canadian Medical Association, 2013 ; Friesen et al., 2001; Institute for Health and Work, 2016; Kilgour et al., 2015; Mazza et al., 2019; Pomaki et al., 2010; Pransky et al., 2004; Russell & Kosny, 2019). Pourtant, le manque de temps, les conflits d'horaire entre les médecins et les assureurs, les difficultés à rejoindre ces derniers et les perceptions parfois négatives des médecins à l'égard de l'assureur sont des obstacles connus à

une communication et à une collaboration efficaces (Brijnath et al., 2014; Pransky et al., 2004; Russell et al., 2005). Néanmoins, des études qualitatives ont montré que les médecins sont ouverts à communiquer avec les assureurs et qu'ils perçoivent la pertinence des appels, bien que logistiquement, ceci soit difficile (Kilgour et al., 2015).

Prescription d'arrêt de travail et variabilité

La revue de littérature systématique de Barth et collaborateurs (2017) conclut qu'il existe une grande variabilité entre les pratiques des professionnels lorsqu'il s'agit d'évaluer si un patient est invalide ou non. Ces observations rejoignent les résultats de nombreuses autres études qui ont également montré la présence de différences importantes dans manières de faire des médecins ou des autres professionnels de la santé dans l'évaluation d'un même patient (Barth et al., 2017; de Kort et al., 1992; Dell-Kuster et al., 2014; Englund et al., 2000; Lax et al., 2004; O'Fallon & Hillson, 2005; Peterson et al., 1997; Schreuder et al., 2012; Slebus et al., 2010b; Wahlström & Alexanderson, 2004). Considérant que plusieurs écrits scientifiques suggèrent qu'il n'y a pas de définition claire ou de critères bien définis pour mesurer le concept de la capacité à travailler, ces résultats n'ont rien d'étonnant, mais demeurent inquiétants (Sturesson et al., 2013a; Tengland, 2011). Kankaanpää et collaborateurs (2011) ont présenté des scénarios cliniques hypothétiques, soit des cas simulés de patients vus typiquement en première ligne à des médecins, et ils ont montré que pour l'ensemble de tous les scénarios cliniques fictifs, la durée moyenne de l'incapacité au travail était de 97,4 jours, avec des variations allant de 42 à 165 jours. Rudbeck et Fonager (2011) concluent eux aussi sur un accord plutôt faible entre les professionnels de la santé en ce qui a trait à l'évaluation de la capacité d'un patient à travailler, surtout lorsqu'il s'agit de troubles mentaux, bien que leurs résultats suggèrent un bon accord quand la capacité au travail est perçue comme extrêmement réduite. Enfin, l'étude de Englund et collaborateurs (2000) présentait des vignettes hypothétiques à des médecins. Ces derniers devaient évaluer la durée de l'absence. Les résultats montrent qu'une grande variabilité dans l'évaluation de la durée de l'absence pour raisons médicales subsiste entre les médecins et que certains facteurs sont susceptibles d'exercer une influence, dont le désir du patient d'être en arrêt de travail, ce qui rejoint les résultats d'autres études comme celle de Peterson et collaborateurs (1997). Le type de problèmes médicaux, les conditions de vie de la personne et l'attitude du patient face à l'arrêt de travail sont aussi des facteurs ayant été mis de l'avant pour expliquer la variabilité (Campbell & Ogden, 2006). Les

résultats de Campbell et Ogden (2006) montrent que les médecins étaient plus enclins à signer un certificat d'incapacité au travail aux patients ayant des problèmes psychologiques et décrivaient un sentiment de sympathie plus grand à leur égard. En contrepartie, des études suggèrent que le degré de difficulté de l'évaluation des limitations fonctionnelles et de la capacité à travailler d'un patient ayant un trouble mental commun augmente, en raison du caractère plus subjectif de la condition. Néanmoins, il semble que les participants de l'étude de Campbell et Ogden (2006) percevaient que ces patients méritaient davantage un tel arrêt de travail. Des différences ont aussi été trouvées en fonction de la spécialité médicale. Les psychiatres certifiaient davantage que les médecins de famille, mais les médecins de famille certifiaient davantage que les orthopédistes (Englund et al., 2000). Une variabilité subsiste aussi entre les sexes. Les femmes médecins certifiaient davantage de patients comparativement aux hommes. D'autres études, dont celle de Karlsryd, 1997 citée dans Wahlström et Alexanderson (2004), n'a toutefois pas démontré une telle différence. Enfin, l'âge du médecin a aussi été étudié, mais les résultats sont inconsistants (Brage & Reiso, 1999; Englund et al., 2000). De telles variations peuvent suggérer des inégalités pour les travailleurs, mais également pour l'employeur. D'ailleurs, à cet effet, Roope, Parker et Turner (2009) suggèrent une amélioration de la formation des médecins, mais soulignent également l'importance d'une intervention proactive en réadaptation alors que d'autres médecins partagent l'idée selon laquelle la recommandation d'un arrêt de travail devrait être vue comme une prescription, au même titre que l'est un médicament (Swartling et al., 2007).

Malgré le rôle central des médecins et des conséquences potentiellement négatives d'une invalidité prolongée, les études suggèrent qu'ils ne reçoivent que peu ou pas de formation quant à l'évaluation de la capacité à travailler d'un patient ou en santé occupationnelle (Soklaridis et al., 2011; Walters et al., 2010; Wynne-Jones et al., 2010). Il n'est donc pas étonnant de constater des différences notables dans les pratiques des médecins lors de la production de certificats d'absence pour des raisons médicales, et ce, sur divers aspects (Arrelöv et al., 2001; Barth et al., 2017; Peterson et al., 1997). Enfin, Barth et collaborateurs (2017) suggèrent aussi un manque important d'études visant à évaluer la fiabilité des évaluations médicales en lien avec la capacité ou non de travailler.

En somme, le chapitre d'introduction de la présente thèse montre que la recherche dans le domaine de l'invalidité est en pleine émergence, mais que les connaissances découlent principalement des pays scandinaves. Comme mentionné, les résultats de l'étude de Kedzia et collaborateurs (2015)

menée en Suisse diffèrent de ceux obtenus par des études menées en Suède, ce qui suggère de possibles différences entre pays. De plus, les connaissances proviennent majoritairement d'études non spécifiques aux troubles mentaux communs, même si leur nombre croît. Une méta-analyse met d'ailleurs ce constat en évidence (Ekberg et al., 2019). Les auteurs se sont intéressés aux pratiques des médecins lorsqu'ils doivent procéder à la prescription d'un arrêt de travail pour raisons médicales. Or, seulement trois études parmi l'ensemble des études examinées étaient spécifiques à la santé mentale (Brijnath et al., 2014; Dewa et al., 2015; Mazza et al., 2019). À notre connaissance, très peu d'études sur le sujet sont réalisées au Québec et aucune n'a tenté de présenter un portrait descriptif des pratiques en lien avec les pratiques des médecins de famille en contexte de prescription d'un arrêt de travail pour trouble mental. Étant donné le caractère plus subjectif de ces conditions, le processus d'évaluation peut être plus complexe. Il apparaît important de mieux comprendre le processus évaluatif propre à ces conditions, sans compter les projections statistiques qui prévoient une augmentation des demandes de réclamation pour ces conditions (Bertilsson et al., 2018; Krohne & Brage, 2008; Nilsen et al., 2011).

Le but de la présente thèse est de décrire les pratiques des médecins en lien avec la prescription d'un arrêt de travail pour cause de trouble mental. À cette fin, la thèse se compose de trois articles. Le premier vise à présenter un portrait descriptif des pratiques en mettant l'accent sur la fréquence, la formation, les difficultés et les besoins des médecins. Ces informations sont recueillies à l'aide d'un questionnaire.

Le deuxième article porte sur les aspects liés à la communication et à la collaboration, entre les médecins et les assureurs privés, selon la perspective des médecins. Il met l'accent sur les obstacles à la communication, mais aussi sur des solutions pour y remédier, dont le recours à la technologie.

Enfin, le troisième article porte sur les pratiques des médecins en lien avec la prescription d'un arrêt de travail pour raisons médicales chez un même patient.

CHAPITRE 1
FAMILY PHYSICIANS' SICK-LISTING PRACTICES IN RELATION TO MENTAL DISORDERS : A
DESCRIPTIVE STUDY

Drolet, Lauriane¹., Caron, Pier-Olivier²., Forget, Jacques¹., Turcotte Jean-Robert³., Guimond, Claude⁴

Affiliations:

1 Université du Québec à Montréal

2 Université TÉLUQ

3 Université de Montréal

4 Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Article sous presse, accepté le 28 avril 2022 dans WORK : A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation

1.1 Abstract

Mental disorders are among the leading causes of disability for which family physicians are often required to complete sickness certificates. Yet, little is known about family physicians' sick-listing practices in Quebec. This study aims to describe their practices, difficulties and needs. Twenty-three family physicians completed a comprehensive questionnaire on sickness certification practices. Descriptive statistics were used. Despite being performed on a weekly basis, sickness certifications were deemed problematic by all participants. While they rarely refused to sick-list a patient, 43.5 % reported suggesting accommodations as an alternative to sick leave. Waiting-time to access psychotherapy and delays to set-up workplace accommodations are responsible for many unnecessary sick-leave prolongations. Lack of time, long duration absences, situations where the physician held a different opinion than the patient/healthcare provider and assessing an individual's capacity to work are the most common reported problems. More than half of participants indicated medical schools do not greatly prepare them sufficiently to carry out these tasks. Sickness certifications are deemed problematic, and more training might be key. Our results can be used by medical schools or bodies responsible for continuous education to improve training.

Keywords : Family Physician, Sick-listing practices, Sickness certification, Mental Disorders, Disability

1.2 Résumé

Les troubles mentaux figurent parmi les principales causes d'invalidité pour lesquelles les médecins de famille sont souvent tenus de remplir des certificats d'incapacité au travail. Pourtant, nous avons peu de connaissances sur les pratiques des médecins de famille en matière de gestion des certificats de maladie au Québec. La présente étude a pour but de décrire leurs pratiques, les difficultés rencontrées et leurs besoins. Vingt-trois médecins de famille ont rempli un questionnaire complet. Des statistiques descriptives ont été utilisées. Bien qu'elles soient effectuées sur une base hebdomadaire, les prescriptions d'arrêt de travail pour raisons médicales sont jugées problématiques par tous les participants. Bien qu'ils aient rarement refusé d'octroyer un certificat médical, 43,5 % d'entre eux ont déclaré avoir suggéré des accommodements plutôt qu'un arrêt de travail complet. Le temps d'attente pour accéder à une psychothérapie et les retards dans la mise en place d'accommodements sur le lieu de travail sont responsables de nombreuses prolongations inutiles de congés de maladie. Le manque de temps, les absences de longue durée, les situations où le médecin a une opinion différente de celle du patient/professionnel de la santé et l'évaluation de la capacité d'une personne à travailler sont les problèmes les plus fréquemment signalés. Plus de la moitié des participants ont indiqué que les facultés de médecine ne les préparent pas suffisamment à effectuer ces tâches. Les prescriptions d'arrêt de travail sont jugées problématiques et une formation plus avancée pourrait être la clé. Nos résultats peuvent être utilisés par les facultés de médecine ou les organismes responsables de la formation continue pour améliorer ou développer des formations.

Mots-clés : Médecin de famille, certificat d'incapacité au travail, certificat de maladie, troubles mentaux, invalidité

1.3 Introduction

Sickness disability represents an economic burden for both organizations and society (Canadian Society of Professionals in Disability Management, 2020; Dewa et al., 2010; Henderson et al., 2005). According to the Organisation for Economic Co-operation and Development (2016) it is estimated that its member countries are among those with the highest share of disability benefits in the world. This includes Canada. In Quebec, this is particularly true, as although this province only makes up 23 % of the Canadian population, 33 % of all disability claims are recorded here (Institut canadien des actuaires, 2019).

Mental health disorders are known to affect a greater proportion of workers in their early and prime years, which can likely result in disability benefits claims (Mental Health Commission of Canada, 2016). In most countries, the decision regarding the allowance of disability benefits does not belong to the physician, but to the insurance system (Collège des Médecins, 2020; Söderberg & Alexanderson, 2005; Timpka et al., 1995). Nevertheless, when a family physician is of the opinion that a worker's medical condition results in a reduction in his or her ability to work, the family physician will likely recommend a medical leave of absence. For the purposes of this study, and in accordance with the terminology used in many European studies (Engblom et al., 2010; Norrmén et al., 2008). When sick listing a worker, the family physician is required to provide the insurer with a medical certificate to substantiate the worker's limitations and restrictions (Ford et al., 2000; Geiger et al., 2018). This information allows insurers to determine a worker's entitlement to benefits based on contractual provisions (Taiwo & Cantley, 2008). While physicians frequently carry out sickness certifications tasks, most of them perceived these as problematic (Arrelöv et al., 2007; Bollag et al., 2007; Carlsson et al., 2015; Kedzia et al., 2015; Taiwo & Cantley, 2008; Winde et al., 2012). Most studies report that family physicians admit struggling when carrying out these tasks (Dewa et al., 2015; Engblom et al., 2011). In general, lack of time, handling conflicts with patients, assessing functional limitations and working capacity and estimating the optimal length of absence are among the most common difficulties (Dewa et al., 2015; Soklaridis et al., 2011; Von Knorring et al., 2008). Sick listing a worker with a mental disorder is thought to be more complex due to the more subjective nature of their symptoms (Bertilsson et al., 2018; Krohne & Brage, 2008). To date, fewer studies have been carried out on family physicians' sick-listing practices in the context of mental disorders (Autorité des marchés financiers, 2019; Bertilsson et al., 2018;

Brijnath et al., 2014; Gabbay et al., 2016; Sylvain et al., 2016). While we have little knowledge regarding family physicians' sick-listing practices specific to mental disorders, it is thought that many sickness certificates are being completed for these, as mental disorders are becoming one of the leading causes of disability in Quebec.

1.4 Objectives

Primary care is generally the gateway to the health care system. Family physicians are the first to be consulted by patients when they are sick or no longer feel capable of working (Lesage et al., 2006). Sick listing a worker with a mental disorder is thought to be more complex due to the more subjective nature of their symptoms (Krohne & Brage, 2008). Many studies have focused on sickness certifications in general, but very few studies have been carried out to specifically investigate family physicians' sick-listing practices in the context of mental disorders (Autorité des marchés financiers, 2019; Bertilsson et al., 2018; Brijnath et al., 2014; Krohne & Brage, 2008). This is an important topic as mental health disorders are becoming one of the leading causes of disability. This is particularly true in Quebec, where mental disorders account for 41% of disability claims compared to the rest of Canada, for which the average is around 25% (Institut canadien des actuaires, 2019). Since family physicians play a key role in disability management it is important to better understand their practices. Gaining more knowledge about their practices and needs will not only help customize trainings but may also help enhance the disability management field. Therefore, this study aims to describe Quebec's family physicians' practices surrounding sickness certifications of mental disorders, their perceived difficulties and training needs so as to ensure high quality sickness certifications.

1.5 Methods

The first author met with the Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec (FMOQ) to inform them of the study. They agreed to share the link to the online comprehensive questionnaire to their members in their monthly newsletter. During the fall 2019, it is estimated that close to 7530 physicians received the newsletter. Three email campaigns to encourage participation were sent by the FMOQ. Others were also made aware of the project by their Regional Association of General Practitioners, social media, clinic directors and the GMF-Universitaire Maisonneuve-Rosemont. Analyses were conducted on twenty-three participants.

1.5.1 Participants

The study rolled over a period of eight months and was approved by the Research Ethics Committee from the University of Quebec in Montreal and by the Ethics Committee of the Integrated University Health and Social Services Centre of the East.

Twenty-three family physicians including 18 women and 5 men, with an average of 16.8 years of practice, participated in the study. All participants worked within the Province of Quebec's Public Health System and the vast majority worked in a family medicine group setting (FMG). Further demographic information is available in Table 1.

Selection criteria were as follows: French proficiency, having issued a minimal of one sickness certificate for mental disorder in their practice and being a member in good standing with le Collège des Médecins du Québec.

1.5.2 Data collection

This study utilized a comprehensive questionnaire developed by Alexanderson for the Karolinska Institutet in Stockholm (2015). This questionnaire has been reviewed by clinicians, teachers, and researchers in the field of insurance medicine and has been frequently used in European studies (Hinkka et al., 2018; Kedzia et al., 2015; Lindholm et al., 2010; Löfgren, 2010). For this study, an adaptation, and an in-house translation from English to French was carried out [29-31]. The preliminary version was evaluated by a psychiatrist and two psychologists, who were familiar with sickness certifications and who were not involved in the translation process. Minor adjustments were made, and the final version included a total of 142 items. For this study, 97 out of the 142 items are included for analysis. These are: frequency of different sick listing situations, the frequency and external factors leading to unnecessarily sick leave prolongations, perceived difficulties, the extent to which medical school has helped them develop proficiency in handling sickness certifications, perceived training needs and solutions to help enhance the quality of medical certificates.

Items in relation to specific sick-listing certification situations such as frequency, willingness to provide or to refuse a sick-leave, conflicts surrounding sickness certifications and alternatives to

sick-listing a patient were offered a 6-points scale response (more than 10 times a week, six to ten times a week, one to five times a week, about once a month, a few times a year and never or almost never). For the analysis, more than ten times a week and six to ten times a week were combined to “more than 6 times per week” and once a month and a few times a year were combined. Difficulties encountered by family physicians’ category included items related to assessing the working ability and functioning limitations, handling sickness certification tasks and conflicts. Family physicians responded to items according to a 4-point scale ranging from very difficult to not at all. Items aiming at exploring to what extent each education level helped develop sickness certifications competency were provided a 4-point scale response ranging from very to not at all. Family physicians’ perceived needs for trainings such as conflict resolution and stakeholders’ responsibilities were answered on a 4-point scale ranging from to a large extent to not at all. Different solutions to enhance the quality of sickness certifications such as attending workshops or conferences were proposed to physicians. They were asked to rate on a 3-point scale (from very beneficial, moderately beneficial, and not beneficial) the relevance of each of element.

The questionnaire was hosted on Interceptum software (Acquiro System, 2017) as they commit to a highly secure and reliable software. To facilitate access to physicians and recruitment, the questionnaire was available online and participants were able to access it at any given time. Although they were encouraged to complete it all at once, they were also given the option to return to the questionnaire later, should they be interrupted. The consent form preceded the questionnaire and inclusion criteria were reiterated. Participants were required to confirm that these were met. Completion time ranged between 30 and 35 minutes.

1.5.3 Data analysis

Descriptive statistics were calculated for all variables using SPSS version 24.

1.6 Results

1.6.1 Sickness certification tasks

In response to the general question “how often this type of consultation is deemed problematic”, more than three-quarters of the participants (82.6 %) reported that this was problematic at least once a week (Figure 1).

For all participants, sickness certification consultations occurred weekly. Close to 40 % (39.1 %) stated that these happen 6 times or more a week. As shown in table 2, most family physicians expressed lacking time at least once a week to accomplish sickness certification related tasks, with 82.6 %, 78.2 % and 73.9 % of them reporting lacking time with patients, for administrative work including communication with stakeholders, and for education, respectively.

1.6.2 Sick-listing situations

The frequencies of different situations related to the handling of sick-leave certifications are available in Table 3. More than a quarter (26.1 %) of our participants perceived that, at least once a week, patients consulted them for a sickness certification for non-medical reasons and 52.2 % believed that the reasons for these consultations were concealing a problem in the patient's work environment. 43.5 % of the participants indicated that every week they proposed accommodations as a means of helping to maintain the patient at work. More than half of the participants (60.8 %) never refuse or only refuse a few times a year to provide a sickness certificate. For most participants (78.2 %) conflicts with patient surrounding a sick leave were deemed rare.

1.6.3 Return to work discussion

Slightly over half of the family physicians held return to work discussions at the beginning of the sick-leave period (52.2 %), while 47.8 % shared having them only when the patient becomes partially functioning.

1.6.4 Sick leave prolongation due to external factors

While 95.7 % of respondents believed that lengthy sick leave could have negative effects for a patient, most participants admitted prolonging unnecessary sick leaves, at least once a month, due to external factors such as waiting-time to access care such as cognitive-behavioral therapy (73.9 %), psychotherapy (60.9 %), psychiatrist's appointment (34.8 %) or next available medical appointment (39.1 %). Other reasons included delays to set-up accommodations in the workplace (60.9 %), patient's poor treatment compliance (17.4 %) and to avoid a conflict with a patient (17.4 %).

1.6.5 Problems encountered by physicians when dealing with sickness certifications tasks

As seen in Table 4, of the 20 listed problems, 6 were deemed very difficult for more than a third of the sample. For instance, handling sickness certifications ranging from 91 days to 180 days and over 180 days was deemed very difficult by 43.5 % and 65.2 % of the family physicians, respectively. These numbers are contrasting with shorter duration leave (90 days or less; and 15 days or less) for which only 8.7 % and 4.3 % of all family physicians perceived them to be very difficult, respectively. Handling situations in which family physician and patient or two health care professionals hold different opinions about sick listing is very difficult for 52.2 % and 47.8 % of all family physicians, respectively. Slightly over a third of the participants (34.8 %) rated being the medical expert for the insurer while being the patient's treating physician as being very difficult. Assessing the degree to which the reduced functioning limits a patient's capacity to perform his/her work tasks and estimating the optimal sick leave duration were very difficult for 30.4 % of the sample.

1.6.6 Training

As shown in Table 5, a high proportion of family physicians believed that their initial training does not greatly prepare them to handle sickness certifications. For instance, only over a quarter believed that residency has "very" or "rather" helped develop these competences. Among the thirteen skills/training options that were presented to the participants, more than half of the participants opined that they largely or fairly need to develop their skills and knowledge around the rules/legal aspects of sickness insurance, stakeholders' roles, information about other compensation systems, handling conflicts with patients around sick leave certifications, understanding the demands required in different occupations and assessing patients' work capacity/work limitation. Table 6 provides a full summary of areas where further training may help enhance sickness certification quality.

1.6.7 Perceived valuable options to ensure high quality handling of sickness certification.

As shown in Table 7, family physicians were proposed sixteen different options that are thought to help ensure high quality medical certificates. Among those, the following six obtain the highest appreciation rate: to discuss with other healthcare professionals about a patient's functional

limitations, to have more contacts with insurance physician experts, to have a standardized instrument or protocol to assess functional limitations, to attend conferences or seminars, to have courses in insurance medicine and a better-informed general population about disability programs.

1.7 Discussion

This is the first study in Quebec that uses a very extensive questionnaire to gather a more thorough understanding of sick-listing tasks, practices, difficulties and needs of family physicians when sick-listing a worker due to mental disorders. For all our participants sickness certifications consisted in a weekly task and close to 40 % of the family physicians disclosed doing this more than 6 times a week. This task was qualified as problematic by most of the participants. Our results are consistent with those of qualitative and quantitative studies conducted both in Canada and internationally (Dewa et al., 2015; Engblom et al., 2011; Lindholm et al., 2010; Sylvain et al., 2017). Despite an average of 16.8 years of practice, one in five physicians felt that their insurance medicine skills were inadequate at least once a week. Few family physicians perceived that their medical training has helped them acquired these skills, which is in line with other international studies (Larsen & Jenkins, 2005; Löfgren et al., 2011; Soklaridis et al., 2011). Interestingly, of the two-family physicians who pursued an insurance medicine course as part of their continuous education, one of them felt that it was not helpful at all. Participants expressed the desire to obtain more training which also echoes other studies findings (Pransky et al., 2002; Walters et al., 2009). Considering that mental disorders account for one-third of all disability claims and are reported to be more complex, it is important to develop specific trainings that meet physicians' needs.

Performing functional assessments and determining an individual's capacity to work, have been highlighted as areas requiring more substantial training. Family physicians could theoretically consult with occupational health physicians or occupational therapists to help assess a worker's functional limitations. However, available resources do not currently allow for this. In Quebec, there is a shortage of occupational therapists, which results in longer delays for services (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2005, 2020). As such, the task of completing medical certificates often falls upon the family physician. Many studies show that these are often incomplete or ambiguous (Sturesson et al., 2015). As a result, negative unintended consequences may include insurance claims being denied or delays in rendering a decision (Söderberg & Alexanderson, 2005).

Therefore, while we believe that the gold standard could ideally include greater interdisciplinary collaboration, in the face of a glaring lack of resources it is important that initial medical training include more disability-related components.

The legal aspects of disability and the roles and responsibilities of all stakeholders involved in the disability management process are also competences that family physicians would like to develop further. Interdisciplinary conferences that could bring together several professionals such as insurers, insurance medicine experts, lawyers, human resources advisors and return-to-work coordinators can be key. For instance, most physicians indicated needing more knowledge around sickness insurance rules/laws and services as part of future training. Many insurers have rehabilitation departments to help workers regain their functional abilities or to bridge the gap between residual symptoms and function. From this perspective, a better understanding of each stakeholder's roles and responsibilities appears essential in enhancing collaboration and expediting recovery and return to work outcomes.

Conflict management also appears to be an area where more training might be needed. While our participants indicated that conflicts with patients around sickness certifications were uncommon, nearly one physician out of five admitted prolonging a sick leave at least once a month to avoid a conflict. These results are somewhat inconsistent and may attest more experienced conflicts than openly reported. From an instrumental conditioning perspective, certifying a patient to avoid a conflict is a form of negative reinforcement. Given that reinforcement increases the likelihood that a behaviour occurs again in the future, it is important to develop conflict resolution training that would allow family physicians to handle these challenging discussions differently. These results may not only raise ethical concerns but also questions pertaining to the cost and benefits of this approach. An increase in absence duration reduces the likelihood of a worker returning to work (Henderson et al., 2005). In addition, lengthy absences are associated with negative outcomes for a patient. As such, developing trainings that meet physicians' needs is important and may allow for not only greater patient-physician relationships, but also to less administrative work, more time with patients, and earlier rehabilitation interventions or return to work.

1.8 Limitations

Our results should be interpreted with caution due to the small sample size. Despite multiple recruitment campaigns, extensive solicitation efforts and the support of different medical associations and the FMOQ, few family physicians participated. While this may speak to a deeper problem, namely a lack of time which was highlighted by the participants, this could translate to a bias. For instance, there is a possibility that only family physicians who had strong interest in sickness certifications agreed to participate, or else, those who struggle the most with these tasks showed substantial interest in the study. Furthermore, it is well known that the use of questionnaires opens the door to social desirability. As such, we cannot exclude that participants may have over-reported “optimal” practices and under-reported other behaviors.

1.9 Future directions

Given that family physicians call for further education on disability, future studies should focus on training material development. So far, most of the family physicians’ knowledge around sick-listing practices is acquired by trial and error. Given this, future studies should measure social validity to ensure that training material is deemed acceptable and satisfactory by the users. Additionally, given that nurse practitioner’s field of practice is expanding in Quebec, resulting in more autonomy in respects to sick listing a patient, it is recommended that future studies focus on their practices and needs.

Some studies suggested that asking physicians to complete fit forms instead of disability forms could reduce the number of workers on sick leave (Sallis et al., 2010). Completing fit forms and focusing on preserved abilities could potentially prompt physicians to recommend workplace accommodations. As such, insurers should reflect on the pertinence of requesting fit forms and perhaps collaborate with researchers in the field to determine whether this brings an added value to the process and results in better outcomes for all stakeholders.

1.10 Conclusion

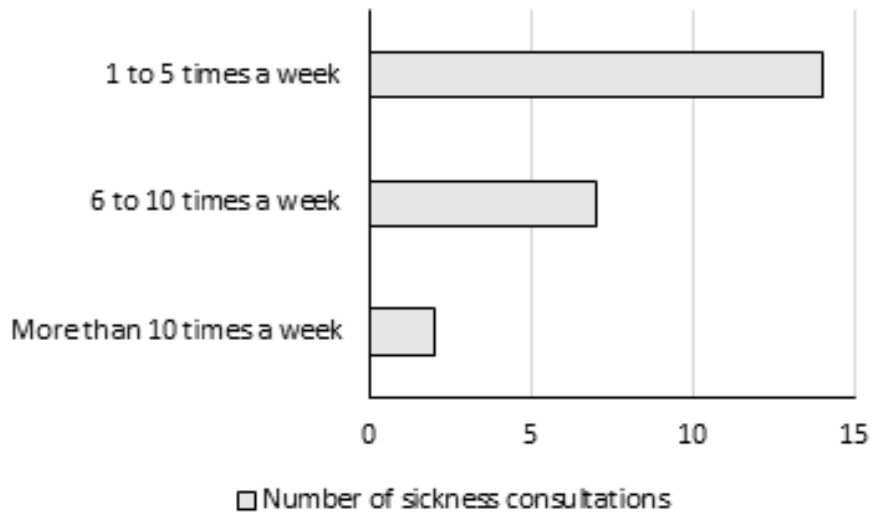
In conclusion, results showed that family physicians perform sick-listing tasks weekly and most of them perceived these as problematic. Interestingly, 43.5 % of the participants admitted recommending accommodations for their patient as an alternative to a sick leave. Work plays an

important part in an individual's health and wellness. It can be beneficial, when appropriate, to offer workplace accommodations as an alternative to a sick leave. This would allow employees to maintain the structure and routine that a workplace provides, while seeking out or engaging in supports to address their mental health concerns. Unfortunately, family physicians stated that long waiting-times to set-up accommodations in the workplace are responsible for many unnecessary sick-leave extensions. Better collaboration and communication between all stakeholders could possibly bridge this gap.

More than half of the participants indicated that current training curriculum did not significantly prepare them to carry out sickness certification tasks. As such, training material would likely need to be revised as very few perceived that it prepares them for their clinical practice. Our findings are important and highlight main areas for training. The following represent the main areas of focus for future training opportunities: legal aspects of sickness insurance, stakeholders' roles, other compensation systems, conflict management and assessing patients' work capacity/work limitations. Insurers, medical schools and/or associations can develop targeted trainings to meet the needs of family physicians. Given the key role they play, improved training can help facilitate communication and coordination between all stakeholders and could ultimately improve the disability management process.

1.11 Figures

Figure 1.1: *Frequency of sickness certification consultations*



1.12 Tables

Table 1.1: *Sample description*

	<i>N</i>	%
Gender		
Female	18	78.3
Male	5	21.7
Years of Practice		
1-5 years	5	21.7
6-10 years	2	8.7
11-15 years	8	34.8
More than 15 years	8	34.8
Type of clinics level ^a		
FMG	21	91.3
CLSC	3	13
Emergency room	2	8.7
Regions		
Montreal	4	17.4
Quebec	5	21.7
Lanaudière	3	13
Outaouais	3	13
Montérégie	2	8.7
Others	6	26

Note. $N = 23$. Participants had on average 16.8 years of practice ($SD = 12.3$); ^a Some participants worked in more than one clinical setting

Table 1.2: *Frequency of family physicians lacking time for different sickness related tasks*

	Everyday		About once a week		About once a month or few times a year		Never or almost never	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
How often do you lack time for ...								
... with your patients?	9	39.1	10	43.5	2	8.7	2	8.7
... to manage patient-related aspects (e.g., issue certificates, contact stakeholders, documentation, and meetings)?	9	39.1	9	39.1	5	21.7	0	0
... for further education, supervision or reflection?	8	34.8	9	39.1	4	17.4	2	8.7

Table 1.3: Frequency of sick-listing situations encountered by family physicians (n=23†)

How often in your clinical work do you ...	More than 6 times a week		One to five times a week		About once a month or few times a year		Never or almost never	
	n	%	n	%	n	%	n	%
... find sickness certification cases to be problematic?	2	8.7	17	73.9	4	17.3	0	0
... encounter a patient who wants to be on sick leave for some reason other than work incapacity due to disease or injury?	1	4.3	5	21.7	16	69.5	1	4.3
... say no to a patient who asks for a sickness certificate?	0	0	1	4.3	17	73.9	5	21.7
... have a patient who, partial or completely, says no to a sick leave you suggest?	0	0	1	4.3	17	73.9	5	21.7
... have conflicts with patients about sickness certification?	0	0	0	0	20	65.2	3	13
... worry that a patient will report you to the medical disciplinary board in connection with sickness certification? †	0	0	0	0	2	9.1	20	90.9
... feel threatened by a patient in connection with sickness certification?	0	0	0	0	2	8.7	21	91.3
... worry that patients will go to another physician if you don't sickness certify?	0	0	0	0	10	43.5	13	56.5
... do you feel that your competence in insurance medicine is insufficient?	2	8.7	3	13	16	69.5	2	8.7
... do you experience sickness certification consultations to be a work environment problem?	2	8.7	10	43.5	11	47.8	0	0
... do you issue sickness certificates to patients without seeing them (e.g. by telephone)? †	0	0	0	0	5	22.7	17	77.3
... do you propose accommodations in order to maintain the patient at work?	0	0	10	43.5	11	47.8	2	8.7
... do you consult with colleagues when handling a sickness certification?	0	0	0	0	14	60.9	9	39.1

Note. † = questions that were not applicable to every participant so the total n is lower than 23.

Table 1.4: *Family physicians' perceived sickness certification difficulties (n=23)*

	Very		Rather		Somewhat		Not at all	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
How difficult do you generally find it to								
... handle sickness certifications of patients?	1	4.3	7	30.4	13	56.5	2	8.7
... assess whether a patient's functioning is reduced?	3	13	9	39.1	8	34.8	3	13
... assess whether the reduced functioning is due to disease/injury?	6	26.1	8	34.8	6	34.8	1	4.3
... assess the degree to which the reduced functioning limits a patient's capacity to perform his/her work tasks?	7	30.4	8	34.8	8	34.8	0	0
... consider, together with the patient, the advantages and disadvantages of being on sick leave?	1	4.3	7	30.4	13	56.5	2	8.7
... make a plan of action or measures to be taken during the sick leave?	1	4.3	6	26.1	9	39.1	7	30.4
... make a long-term prognosis about the future work capacity of patients on sick leave?	6	26.1	7	30.4	8	34.8	2	8.7
... manage the two roles as the patient's treating physician and as a medical expert for the insurer?	8	34.8	5	21.7	6	26.1	4	17.4
... consider, together with the patient, possible lifestyle and life situation changes?	4	17.4	5	21.7	10	43.5	4	17.4
... discuss and know how to deal with other psychosocial problems (e.g., economic difficulties or physical or substance abuse) when handling a patient on sick leave?	6	26.1	6	26.1	9	39.1	2	8.7
... know what aspects of the sickness-certification process to document in the patient's medical file?	1	4.3	11	47.8	7	30.4	4	17.4
... handle prolongation of a sick-leave period initially certified by another physician?	3	13	7	30.4	8	34.8	5	21.7
... handle situation in which you and a patient have different opinions about the need for a sick leave?	12	52.2	6	26.1	4	17.4	1	4.3
... handle situations in which you and other health care professional have different opinions about sickness certifying a patient	11	47.8	8	34.8	4	17.4	0	0
... determine the optimal sick leave duration?	7	30.4	9	39.1	6	26.1	1	4.3
... handle short-term sickness certifications (<15 days)?	1	4.3	0	0	8	34.8	14	60.9
... handle short-term sickness certifications (15-90 days)?	2	8.7	8	34.8	9	39.1	4	17.4
... handle short-term sickness certifications (91-180 days)?	10	43.5	9	39.1	3	13	1	4.3
... handle long sickness certifications (>180 days)?	15	65.2	4	17.4	3	13	1	4.3
... return a patient to work	1	4.3	10	43.5	11	47.8	1	4.3

Table 1.5: *Education and sickness certification skills development*

To what extent have the following educations helped you to develop your competence in handling sickness-certification cases?	Very		Rather		Somewhat		Not at all	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
... undergraduates	0	0	0	0	1	4.3	14	60.9
... core internship	1	4.3	0	0	5	21.7	13	56.5
... residency	2	8.7	4	17.4	13	56.5	2	8.7
... insurance medicine course	1	4.3	0	0	0	0	1	4.3
... graduate studies	2	8.7	0	0	2	8.7	4	17.4

Table 1.6: *Family physicians' perceived needs for training (n=23)*

To what extent do you need to further develop your competence in relation to the following?	To a large extent		To a fairly extent		To some extent		Not at all	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
... assessing patients' functioning/reduced functioning	2	8.7	6	26.1	14	60.9	1	4.3
... assessing patients' work capacity/work limitations	4	17.4	8	34.8	10	43.5	1	4.3
... the demands required in different occupations	2	8.7	12	52.2	9	39.1	0	0
... assess the optimum length and degree of sickness absence	6	26.1	7	30.4	8	34.8	2	8.7
... handling conflicts with patients about the need for sickness certification	5	21.7	9	39.1	6	26.1	3	13
... to write sickness certificates	2	8.7	5	21.7	13	56.5	3	13
... deciding when there is a need to contact the insurers	3	13	7	30.4	10	43.5	3	13
... sickness insurance rules and laws	9	39.1	10	43.5	1	4.3	3	13
... other types of compensation in the social insurance system (e.g., CALAC)	8	34.8	10	43.5	3	13	2	8.7
... your role and responsibilities as a physician in sickness certification cases	6	26.1	11	47.8	4	17.4	2	8.7
... the role and responsibilities of the insurer in sickness certification cases	8	34.8	10	43.5	5	21.7	0	0
... the role and responsibilities of the employer in sickness certification cases	7	30.4	13	56.5	3	8.7	1	4.3
... the role and responsibilities of the patient in sickness certification cases	8	34.8	11	47.8	3	13	1	4.3

Table 1.7: *Perceived valued solutions to ensure high quality sickness certifications (n=23)*

	Very beneficial		Moderately beneficial		Not beneficial	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
How do you value the following options with regard to ensuring high quality of your handling of sickness certification cases, now and in the future?						
... supervision	3	13	15	65.2	5	21.7
... written information	9	39.1	14	60.9	0	0
... courses in insurance medicine	15	65.2	8	34.8	0	0
... courses in conflict management	13	56.5	6	26.1	4	17.4
... conferences or seminars	16	69.6	6	26.1	1	4.3
... to have opportunities to contact experts in insurance medicine	19	82.6	3	13	1	4.3
... contacts with fellow physicians	11	47.8	7	30.4	5	21.7
... forum discussion	5	21.7	13	56.5	5	21.7
... getting statistics on your issued sickness certificates over the past year	7	30.4	10	43.5	6	26.1
... getting statistics on issued sickness certifications at your clinic over the past year	5	21.7	10	43.5	8	34.8
... a joint instrument or protocol for assessment of work capacity	19	82.6	3	13	1	4.3
... receiving higher remuneration for issuing sickness certificates	7	30.4	6	26.1	10	43.5
... to have more contacts with insurers	2	8.7	18	78.3	3	13
... getting a second opinion from another physician regarding a patient	10	43.5	9	39.1	4	17.4
... getting information to support your assessment concerning insurance medicine (e.g. psychologist)	20	87	3	13	0	0
... that general population be better inform about disability programs	16	69.6	6	26.1	1	4.3

1.13 References

- Arrelöv, B., Alexanderson, K., Hagberg, J., Löfgren, A., Nilsson, G., & Ponzer, S. (2007). Dealing with sickness certification – a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC Public Health*, 7(1), 273. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-273>
- Autorité des marchés financiers. (2019). *Rapport de l'intervention transversale en assurance invalidité collective*. Retrieved June 12 from https://lautorite.qc.ca/fileadmin/lautorite/grand_public/publications/professionnels/assurance/Rapport-intervention-transversale-assurance-invalidite-collective_fr.pdf
- Bertilsson, M., Maeland, S., Löve, J., Ahlborg, G., Jr., Werner, E. L., & Hensing, G. (2018). The capacity to work puzzle: a qualitative study of physicians' assessments for patients with common mental disorders. *BMC Fam Pract*, 19(1), 133. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0815-5>
- Bollag, U., Rajeswaran, A., Ruffieux, C., & Burnand, B. (2007). Sickness certification in primary care - the physician's role. *Swiss Med Wkly*, 137(23-24), 341-346.
- Brijnath, B., Mazza, D., Singh, N., Kosny, A., Ruseckaite, R., & Collie, A. (2014). Mental Health Claims Management and Return to Work: Qualitative Insights from Melbourne, Australia. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(4), 766-776. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9506-9>
- Canadian Society of Professionals in Disability Management. (2020). *The Impact of Disability in Canada*. Retrieved June 19 from <https://www.cspdm.ca/dm-in-context/impact-of-disability/>
- Carlsson, L., Lännerström, L., Wallman, T., & Holmström, I. K. (2015). General practitioners' perceptions of working with the certification of sickness absences following changes in the Swedish social security system: a qualitative focus-group study. *BMC Fam Pract*, 16, 21. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0238-5>
- Collège des Médecins. (2020). *Attestations et certificats médicaux en situation de pandémie : les précisions de la Direction des enquêtes*. Retrieved June 24 from <http://www.cmq.org/page/fr/covid-19-attestations-et-certificats-medicaux-en-situation-de-pandemie.aspx>
- Dewa, C. S., Chau, N., & Dermer, S. (2010). Examining the comparative incidence and costs of physical and mental health-related disabilities in an employed population. *J Occup Environ Med*, 52(7), 758-762. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181e8cfb5>
- Dewa, C. S., Hees, H., Trojanowski, L., & Schene, A. H. (2015). Clinician experiences assessing work disability related to mental disorders. *PLoS One*, 10(3), e0119009. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119009>
- Engblom, M., Nilsson, G., Arrelöv, B., Löfgren, A., Skånér, Y., Lindholm, C., Hinas, E., & Alexanderson, K. (2011). Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. *Scand J Prim Health Care*, 29(4), 227-233. <https://doi.org/10.3109/02813432.2011.628235>
- Ford, F. M., Ford, J., & Dowrick, C. (2000). Welfare to work: the role of general practice. *Br J Gen Pract*, 50(455), 497-500.
- Gabbay, M., Shiels, C., & Hillage, J. (2016). Sickness certification for common mental disorders and GP return-to-work advice. *Prim Health Care Res Dev*, 17(5), 437-447. <https://doi.org/10.1017/s1463423616000074>

- Geiger, B. B., Garthwaite, K., Warren, J., & Bambra, C. (2018). Assessing work disability for social security benefits: international models for the direct assessment of work capacity. *Disability and Rehabilitation*, 40(24), 2962-2970. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1366556>
- Henderson, M., Glozier, N., & Elliott, K. H. (2005). Long term sickness absence. *BMJ*, 330(7495), 802-803. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7495.802>
- Hinkka, K., Niemelä, M., Autti-Rämö, I., & Palomäki, H. (2018). Physicians' experiences with sickness absence certification in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(8), 859-866. <https://doi.org/10.1177/1403494818758817>
- Institut canadien des actuaires. (2019). *Group Long-term Disability Termination Study*. Retrieved 2020 from <https://www.cia-ica.ca/docs/default-source/research/2019/219012e.pdf>
- Kedzia, S., Kunz, R., Zeller, A., Rosemann, T., Frey, P., Sommer, J., Herzig, L., Alexanderson, K., & de Boer, W. E. (2015). Sickness certification in primary care: a survey on views and practices among Swiss physicians. *Swiss Med Wkly*, 145, w14201. <https://doi.org/10.4414/smw.2015.14201>
- Krohne, K., & Brage, S. (2008). How GPs in Norway conceptualise functional ability: a focus group study. *British Journal of General Practice*, 58(557), 850-855. <https://doi.org/10.3399/bjgp08X376131>
- Larsen, T., & Jenkins, L. (2005). *Evaluation of online learning module about sickness certification for general practitioners (Report No. 304)*https://www.researchgate.net/profile/Linda_Jenkins2/publication/237229975_Evaluation_of_Online_Learning_Module_About_Sickness_Certification_for_General_Practitioners/links/0deec53c797ea2a732000000.pdf
- Lindholm, C., Arrelöv, B., Nilsson, G., Löfgren, A., Hinas, E., Skånér, Y., Ekmer, A., & Alexanderson, K. (2010). Sickness-certification practice in different clinical settings; a survey of all physicians in a country. *BMC Public Health*, 10, 752. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-752>
- Löfgren, A. (2010). *Physicians' Sickness Certification Practices. Frequency, Problems, and Learning* Karolinska Institutet]. Stockholm.
- Löfgren, A., Silén, C., & Alexanderson, K. (2011). How physicians have learned to handle sickness-certification cases. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(3), 245-254. <https://doi.org/10.1177/1403494810393301>
- Mental Health Commission of Canada. (2016). *Making the Case for Investing in Mental Health in Canada*. Retrieved June 25 from https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-06/Investing_in_Mental_Health_FINAL_Version_ENG.pdf
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2005). *Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie*.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2020). Occupation: ergothérapeute. *La revue des ergothérapeutes du Québec*, 1(1), 11-31.
- Organisation de coopération et de développement économique. (2016). *The share of disability benefit recipients is among the highest in OECD countries*. Retrieved May 2 from https://www.oecd-ilibrary.org/economics/economic-policy-reforms-2016/the-share-of-disability-benefit-recipients-is-among-the-highest-in-oecd-countries_growth-2016-graph12-en

- Pransky, G., Katz, J. N., Benjamin, K., & Himmelstein, J. (2002). Improving the physician role in evaluating work ability and managing disability: a survey of primary care practitioners. *Disabil Rehabil*, 24(16), 867-874. <https://doi.org/10.1080/09638280210142176>
- Sallis, A., Birkin, R., & Munir, F. (2010). Working towards a 'fit note': An experimental vignette survey of GPs. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 60, 245-250. <https://doi.org/10.3399/bjgp10X483896>
- Söderberg, E., & Alexanderson, K. (2005). Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(4), 314-320. <https://doi.org/10.1080/14034940510005798>
- Soklaridis, S., Tang, G., Cartmill, C., Cassidy, J. D., & Andersen, J. (2011). "Can you go back to work?": Family physicians' experiences with assessing patients' functional ability to return to work. *Can Fam Physician*, 57(2), 202-209.
- Stureson, M., Bylund, S. H., Edlund, C., Falkdal, A. H., & Bernspång, B. (2015). Quality in sickness certificates in a Swedish social security system perspective. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(8), 841-847. <https://doi.org/10.1177/1403494815597163>
- Sylvain, C., Durand, M.-J., & Maillette, P. (2017). Insurers' Influences on Attending Physicians of Workers Sick-listed for Common Mental Disorders: What Are the Impacts on Physicians' Practices? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9744-8>
- Sylvain, C., Durand, M.-J., Maillette, P., & Lamothe, L. (2016). How do general practitioners contribute to preventing long-term work disability of their patients suffering from depressive disorders? A qualitative study. *BMC Family Practice*, 17(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0459-2>
- Taiwo, O. A., & Cantley, L. (2008). Impairment and disability evaluation: the role of the family physician. *Am Fam Physician*, 77(12), 1689-1694.
- Timpka, T., Hensing, G., & Alexanderson, A. (1995). Dilemmas in sickness certification among Swedish physicians. *European Journal of Public Health*, 5(3), 215-219. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/eurpub/5.3.215>
- Von Knorring, M., Sundberg, L., Löfgren, A., & Alexanderson, K. (2008). Problems in sickness certification of patients: a qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scand J Prim Health Care*, 26(1), 22-28. <https://doi.org/10.1080/02813430701747695>
- Walters, G., Blakey, K., & Dobson, C. (2009). Junior doctors need training in sickness certification. *Occupational Medicine*, 60(2), 152-155. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqp182>
- Winde, L. D., Alexanderson, K., Carlsen, B., Kjeldgård, L., Wilteus, A. L., & Gjesdal, S. (2012). General practitioners' experiences with sickness certification: a comparison of survey data from Sweden and Norway. *BMC Fam Pract*, 13, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-10>

CHAPITRE 2

TOWARDS A BETTER UNDERSTANDING OF THE MAIN BARRIERS TO EFFECTIVE COMMUNICATION WITH INSURERS : A FAMILY PHYSICIANS' PERSPECTIVE

Drolet, Lauriane¹., Caron, Pier-Olivier²., Forget, Jacques¹., Alexanderson, Alexandra⁵., Turcotte
Jean-Robert³., Guimond, Claude⁴

Affiliations:

1 Université du Québec à Montréal

2 Université TÉLUQ

3 Université de Montréal

4 Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

5 Karolinska Institutet

2.1 Abstract

The study aims at assessing contact frequency between family physicians and insurers, family physicians' perceptions and knowledge around the private compensation system, barriers to communication, and to explore their willingness to use an IT-mediated tool to facilitate communication with stakeholders. 23 family physicians completed an extensive questionnaire on their communication habits with stakeholders. Descriptive analyses were performed. While contacts with insurers are infrequent, those who have them are mostly satisfied. Lack of time, highly variable disability form templates, perceived lack of rehabilitation services offered by insurers are barriers to effective communication. Most participants believed that an IT-mediated tool would facilitate the communication between stakeholders. Communication between all stakeholders can be challenging but an IT-mediated tool appears to be a promising avenue to enhance collaboration and communication

Keywords : Sick-leave, disability management, Stakeholders, Family Physician-insurer relationships

2.2 Résumé

L'étude vise à évaluer la fréquence des contacts entre les médecins de famille et les assureurs, les perceptions et les connaissances des médecins de famille concernant le régime d'assurance invalidité privé et les obstacles à la communication ainsi qu'à explorer leur ouverture à utiliser un outil informatique pour faciliter la communication avec les parties prenantes. Vingt-trois médecins de famille remplissent un questionnaire détaillé sur leurs habitudes de communication avec les parties prenantes. Des analyses descriptives sont effectuées. Bien que les contacts avec les assureurs soient peu fréquents, ceux qui les établissent sont majoritairement satisfaits. Le manque de temps, la grande variabilité de fond et de forme des formulaires d'invalidité, le manque perçu de mesures de réadaptation offertes par les assureurs sont des obstacles à une communication efficace. La plupart des participants croient qu'un outil informatique faciliterait la communication entre les parties prenantes. La communication entre tous les intervenants peut être un défi, mais un outil informatique semble une voie prometteuse pour améliorer la collaboration et la communication.

Mots clés : Incapacité au travail, gestion de l'invalidité, médecins de famille, assureur, communication

2.3 Introduction

The Canadian Society of Professionals in Disability Management (Canadian Society of Professionals in Disability Management, 2020) indicates that at any given time, between 8 to 12% of Canadians receive disability benefits as the result of a medical condition. Mental disorders account for about 30% of short and long term disability benefits claims but are among the most costly as they account for 70 % of workplace disability costs (Deloitte, 2019; Dewa et al., 2010; Mental Health Commission of Canada, 2016; OECD, 2011)

In Canada, as in many other countries, when recommending a sickness absence for a patient family physicians are asked to provide a sickness certificate. This allows insurers to assess a worker's disability benefits eligibility. Sickness certifications usually include clinical medical information such as functional limitations and a professional opinion regarding return-to-work (RTW) prognosis (Association médicale canadienne, 2017; Canadian Medical Association, 2013). Results from Sylvain and colleagues (2017) suggest that for a given medical condition, family physicians are likely to see insured workers more often than other patients due to paperwork requirements from the insurer. Although sickness certifications are essential as they allow insurers to assess patients' eligibility for disability benefits, suitability for their rehabilitation services, or RTW readiness, the above-mentioned result also raises concerns regarding inequities in accessing care and the added burden placed on the healthcare system.

2.3.1 Communication between stakeholders

Many authors argue that successful disability management relies on positive relationships and effective communication and collaboration between all stakeholders, namely the healthcare system, the compensation system (e.g., insurer), the employer, and the employee (Corbière et al., 2019; Frank et al., 1998; Loisel et al., 2005; Pomaki et al., 2010; Reynolds et al., 2006; Russell & Kosny, 2019). In recent years, attempts have been made to understand the family physician-insurer relationship, as good communication between stakeholders is thought to lead to more positive outcomes such as a quicker recovery and RTW (Brijnath et al., 2014; Canadian Medical Association, 2013 ; Friesen et al., 2001; Institute for Health and Work, 2016; Kilgour et al., 2015; Mazza et al., 2019; Pomaki et al., 2010; Pransky et al., 2004; Russell & Kosny, 2019). Communication and collaboration difficulties between family physicians and insurers are reported

in the scientific literature (Brijnath et al., 2014; Kilgour et al., 2015; Mazza et al., 2015; Pomaki et al., 2010; Pransky et al., 2004; Reynolds et al., 2006). For instance, Reynolds and colleagues (2006) suggested that family physicians' negative perception of insurers can contribute to poor communication. Lack of time, difficulty determining who to communicate with, the effort required to get through by phone, confidentiality concerns, and paperwork burden are commonly reported as main barriers to effective communication (Brijnath et al., 2014; Pransky et al., 2004; Russell et al., 2005). In trying to facilitate communication, Singh and O'Hagan (2019) explored the openness of stakeholders and feasibility of an IT-mediated platform to allow RTW communication. Although this approach appears appealing and promising, results suggested that major caveats remain such as getting all stakeholders buy-in and potential technology issues and risks.

To date, knowledge on communication difficulties between stakeholders is mostly derived from studies of musculoskeletal disorders, as more extensive disability research has been done on these conditions compared to mental disorders. Very few studies have focused on mental disorders specifically (Mazza et al., 2019; Sylvain et al., 2017; Sylvain et al., 2016). For instance, results from Sylvain and colleagues (2016) pointed out that family physicians' collaboration and interactions with other stakeholders are rare. Results from another study carried out by the same authors (2017) showed that family physicians often feel that insurers influence their practices by facilitating access to specialized services, easing the negotiation process between them and workers with respect to treatment compliance and RTW date, but also by pressuring them to fill out forms within a short period of time. To the best of our knowledge, these are the only studies aimed at investigating some aspects of the relationship between family physicians and private insurers in Quebec for patients with mental disorders.

As such, this study seeks to document contact frequency between family physicians and insurers, family physicians' perceptions and knowledge of the private compensation system, but also barriers to contact. The second objective aims at exploring family physicians' willingness to use an IT-mediated tool to exchange with the insurer and the perceived advantages it could bring. This is important as many companies are embarking on digital transformation. Having a better understanding of the family physicians' perception and perceived utility of such a tool might help build these in a way that would meet their needs.

2.4 Method

The Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec agreed to send the link to our online comprehensive questionnaire about sickness certification tasks to their members.

2.4.1 Participants

Data was collected among twenty three family physicians (18 women, 5 men) working in different Quebec's regions. They all worked within the public health care system. Over a period of 8 months, a total of 7530 family physicians were informed about the project by the Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec (FMOQ) and three reminders were sent to boost participation. Participants were also made aware of the project through their Regional Associations of General Practitioners, the GMF-Universitaire Maisonneuve-Rosemont, social medias and clinics. Participants were required to meet the following selection criterion: being a licensed family physician with an active status under the Collège des Médecins du Québec, French-language proficiency and having completed at least one sickness certificate for a mental disorder in their regular practice. The study was approved by the Université du Québec à Montréal's Ethics Committee and Ethics Committee of the Integrated University Health and Social Services Centre of the East.

2.4.2 Instruments

An in-house translation from English to French of a comprehensive and much used questionnaire on sickness certification practices was done. This questionnaire stems from previous work, scientific research and interdisciplinary professionals collaboration (Lindholm et al., 2010; Löfgren, 2010) and has been used in several countries, such as Sweden, Switzerland, Norway, and Finland. Given that disability practices are usually understood within a social and political context, questions were adapted, and twelve were added to reflect Quebec's reality. We pre-tested the questionnaire with three healthcare professionals (one psychiatrist and two psychologists) who have expertise in disability form completions and who were not involved in the translation process. They were asked to go through the questionnaire and to report any misunderstanding of questions or any question that they perceived as irrelevant. Minor corrections were made accordingly. While there are 142 items in the final version, this study focuses on 40 items only, namely those related to communication and collaboration (frequency of family physicians contacts with insurers,

impediments to contact, services requested, family physicians' perceptions of insurers, and pertinence of an electronic form transmission system). Except for the impediments-to-contact category where participants were asked to select all perceived difficulties, all other items were responded to with a 4 or 5 points Likert scale (e.g., almost always to never).

2.4.3 Data collection

Prior to completing the questionnaire, participants who met the selection criteria, signed a consent form. Participants were then provided a link to access the questionnaire online at their convenience. Average completion time was 30 minutes. Although they were encouraged to complete it all at once, they had the possibility to save and log back in at a later time should they not have been able to complete it all in one sitting. The above-mentioned questionnaire was hosted on Interceptum (Acquiro System, 2017), a secured software used for online surveys. There was no missing data.

2.4.4 Analysis

Descriptive analysis was performed (using SPSS version 24) to quantify the frequency of sick-leave consultations, the frequency of contact between FPs and insurers, and the contact difficulties encountered by most FPs, FPs' perceptions of insurers and the perceived effectiveness of a possible system for submitting disability forms electronically.

2.5 Results

2.5.1 Sick-leave certifications and contacts with insurers

All of the responding FPs indicated that they have weekly patient consultations related to sickness certifications. This occurred between 1 to 5 times per week in 60.9% of the sample, 6 to 10 times per week in 30.4% of participants, and more than 10 times per week in 8.7% of respondents. As shown in table 1, for most of the participants, contact and collaboration with insurers occurred infrequently. Precisely, more than half of the participants reported having few contacts a year or no contacts at all with the insurer whereas 42,9% of the sample indicated collaborating with the insurers few times a year only.

2.5.2 Difficulties encountered in contacts with insurers

Of the 16 different types of possible difficulties in the contact with insurers asked about in the questionnaire and reported in table 2, seven were experienced by half or more of the FPs. Those were contacts being time-consuming (65.2%), offices being closed when they have time (60.9%), difficulty conveying all the information through the insurers' forms (56.5%), unnecessary information requested by insurers (56.5%), insurers' lack of rehabilitation services (52.5%), insurers questioning their assessment (52.2%) and a perception that different interpretations of disability definition coexist (52.2%).

2.5.3 Family physicians perceptions of insurers

While only a small proportion of FPs have regular contacts with insurers, those who engage are either generally satisfied or somewhat satisfied (65.2 %). Perceptions towards insurers varied greatly with close to one half of the sample being neutral (47.8%), slightly over a quarter being positive (26.1%) and negative (26.1%), respectively. FPs were asked about perceived pressure exerted by insurers on them to complete different activities. As shown in table 3, when "often" and "almost always" categories are combined, more than two-third of the FPs (69.5%) and slightly over a third feel pressured or excessively pressured to complete disability forms, respectively, and more than half (56.5%) perceived pressure to return a patient to work. Most FPs do not perceive that insurers exert "often or almost always" pressure on them to modify treatment.

2.5.4 The need for an electronic transmission system

More than two-third of the FPs stated that an electronic platform would be useful (69.6%). Following this "yes" or "no" question, FPs were asked about the perceived advantages of such a platform. As shown in table 4, when "moderately" and "enormously" are combined together, three-quarter (78.3%) believe that it will help ease the communication between parties, 73.9% think that it will lead to a faster response, 69.6% feel it will help enhance collaboration between stakeholders and 65.2% argue that it will be less time consuming.

2.5.5 Insurers' services

As indicated in table 5, although most FPs (82.6%) believed that insurers can facilitate treatment or rehabilitation services, only 39.1% often or almost always requested insurers' help to fund

psychological or rehabilitation services, 13 % request mediation services to help address workplace barriers and 17.4% suggest vocational services, weekly. When relying on those it was to avoid wait-times within the public system. FPs rarely request insurers to facilitate an Independent medical examinations (IME) but when they do, it is mostly for treatment optimization purposes.

2.6 Discussion

In recent years, communication and collaboration between stakeholders have become a growing field of interest and studies have stressed the importance of collaboration (Brijnath et al., 2014; Institute for Health and Work, 2016; Kilgour et al., 2015; Mazza et al., 2019; Pomaki et al., 2010; Pransky et al., 2004; Russell & Kosny, 2019). Our results indicated that few contacts between family physicians and insurers occur. Fewer studies have focused on the family physician-insurer relationship in the context of disability due to mental disorder (Brijnath et al., 2014; Sylvain et al., 2017).

The goal of the study was to describe the communication and collaboration between FP-insurers, from a FP perspective and to explore the pertinence of an IT-mediated tool to enhance these as a solution to bridge the communication gap between family physician and insurer. Most family physicians were agreeable to having more contact with insurers but time constraints and insurers' operating business hours are perceived as the main barriers. During the day, physicians are mostly busy treating patients, which does not allow them much time to make phone calls to insurers offices. Similar to Russel and Kosny results (2019) our participants stated that when they have time to call insurers, offices are often closed. These results should be considered by insurers, as there could be simple solutions to address this barrier, such as expanding business hours, flexible work hours or improved communication tools that would allow communication coordination.

Difficulty conveying all the requested information on the insurer's form and unnecessary information often requested by insurers add to communication difficulties. While the Canadian Life and Health Insurance Industry (Canadian Life and Health Insurance Industry, 2020) has developed standardized disability forms, a quick search performed on the internet from May to June 2020 reveals that not all insurance carriers have opted for the proposed standardized form and templates vary slightly (Desjardins Insurance, 2020; Morneau Shepell, 2020; Sunlife Financial,

2020a). While most of them share commonalities, different layouts require that FPs familiarize themselves with different forms each time, which likely is more time consuming. The adoption of a unique form by all insurer carriers could ease the process. While generic forms may be needed at the onset of a claim, one can argue that as the claim evolves, the form might need to be tailored based on the case manager's needs. New technologies could allow for different communication channels and insurers might benefit from developing new technological approaches to help streamline the process. For instance, improvements in communication tools can include the development of an electronic platform that would not only allow FPs to submit medical certificates but also to personalize the medical form, to monitor the progression of the disability graphically and to propose rehabilitation services. Most insurers have a rehabilitation department, but more than half of our sample perceived that insurers do not coordinate rehabilitation services. This is a striking result and this may speak to the lack of communication and collaboration between both parties.

Lastly, the general perception of the family physicians towards insurers seems to play a role. Although most of our FPs did not perceive that case managers lack competence, a quarter of them shared that they endorse a negative or very negative perception towards insurers. Negative perception has the potential to negatively affect the communication and the collaboration between parties, which in turn will not be helpful for the insured worker. This may explain why only slightly over a third of our sample admitted having requested assistance from insurers to enhance the treatment and infrequent collaboration with them. Future work should investigate more deeply those perceptions and ways to remediate.

2.7 Strengths and limitations

One contribution made by this study is that it provided more insight into the barriers to contacts, family physicians' perception towards insurers and ways they collaborate together. To our knowledge this study is the first in Quebec to investigate the potential of an IT-mediated tool for disability management and its perceived benefits. Knowing that family physicians are favorable to this approach supports the need for future work in that direction. Unfortunately, despite significant recruitment efforts, the sample size is relatively small. Due to the current pandemic we have chosen not to extend the recruitment period as our health system was under significant strain. As such,

results should be interpreted with caution. Nevertheless, results from our study are similar to those carried out internationally which adds confidence in our data. Secondly, our study examined FPs perceptions exclusively. Insurers may have a different, but equally valuable, perception of the communication and collaboration with FPs.

2.8 Conclusion

Communication difficulties between physicians and insurers stem from a variety of sources including lack of time, insurers' restricted work hours, procedures, and lack of tools to optimize communication. Given that poor communication can undermine collaboration which will likely results in poorer RTW outcomes, it is important to develop new communication channels that are more responsive, effective and efficient. This will allow FPs to focus on what they are trained for; caring for their patients. FPs shared an interest in using new technologies. Insurers who have not yet shifted towards new technology would benefit from exploring this area as FPs are receptive to this idea. This also has the potential to facilitate communication and concerted actions. Future studies should explore feasibility and include focus groups to ensure that the tool meets FPs' needs and provides expected functionality such as the ability to store data and auto-completing forms. Given that many organizations are now opting for a paperless approach and undergoing digital transformation, this solution seems promising. Leveraging an electronic platform would align with this trend and not only prove to be environmentally friendly but also deliver business advantages such as data management, security and governance.

2.9 Tables

Table 2.1: *Frequency of contacts and collaboration*

Number of contacts with insurers	Frequency	%	CI 95%	
			Lower	Upper
Weekly	2	9.5	.0	23.8
Monthly	7	33.3	14.3	52.4
Few times a year	10	47.6	28.6	71.4
Never or mostly never	2			
Frequency of collaboration with insurers		9.5	.0	23.8
Weekly		14.3	.0	28.6
Monthly	3	42.9	23.8	66.7
Few times a year	9	42.9	23.8	61.9
Never or mostly never	9			
Never or mostly never	0	0	-	-

Table 2.2: *Barriers to contacts with insurers*

Perceived barriers to contacts	Frequency	Percent	CI 95%	
			Lower	Upper
Takes too much time	15	65.2	43.5	82.6
Insurers offices are closed when you have time for contact	14	60.9	39.1	78.3
It's difficult to convey information through insurers forms	13	56.5	34.8	78.3
Insurers demands unnecessary additions to my certificates	13	56.5	39.1	78.3
Insurers do not coordinate rehabilitation measures	12	52.5	30.4	73.9
Case managers question you/your assessments	12	52.2	30.4	73.9
Different interpretations of disability	12	52.2	34.8	73.9
It's difficult to find out who to talk to	11	47.8	26.1	65.2
It's difficult to get through by phone	9	39.1	26.1	65.2
Ambiguities concerning matters of confidentiality	9	39.1	17.4	60.9
Patients' case managers are often replaced	6	26.1	8.7	43.5
Case managers do not contact you, even if you ask them to	5	21.7	4.3	39.1
The patient is negative towards you contacting the insurers	4	17.4	4.3	34.8
You encounter a negative attitude	3	13.0	.0	26.1
Case officers lack competence	3	13.0	.0	26.1
Insurer doesn't contact the patients	2	8.7	.0	21.7

Table 2.3: *Domains of perceived pressure exerted by insurers*

Perceived pressure	Scale	Frequency	%	CI 95%	
				Lower	Upper
Pressure to complete forms	Never	1	4.3	.0	13
	Rarely	1	4.3	.0	13
	Sometimes	5	21.7	4.3	39.1
	Often	7	30.4	13	47.8
	Almost always	9	39.1	17.4	56.5
Excessive pressure to complete forms	Never	1	4.3	.0	13
	Rarely	9	39.1	21.7	60.9
	Sometimes	4	17.4	4.3	34.8
	Often	7	30.4	13	52.2
	Almost always	2	8.7	.0	21.7
Pressure to modify treatment	Never	0	0	-	-
	Rarely	14	60.9	39.1	78.3
	Sometimes	6	26.1	8.7	47.8
	Often	2	8.7	.0	21.7
	Almost always	1	4.3	.0	13
Excessive pressure to modify treatment	Never	9	39.1	21.7	60.9
	Rarely	8	34.8	17.4	56.5
	Sometimes	3	13	.0	30.4
	Often	3	13	0	26.1
	Almost always	0	0	-	-
Pressure to return a patient to work	Never	0	0	-	-
	Rarely	5	21.7	8.7	39.1
	Sometimes	5	21.7	8.7	39.1
	Often	9	39.1	21.7	60.9
	Almost always	4	17.4	4.3	34.8
Excessive pressure to return a patient to work	Never	4	17.4	4.3	34.8
	Rarely	5	21.7	8.7	43.5
	Sometimes	7	30.4	13	47.8
	Often	7	30.4	13	47.8
	Almost always	0	0	-	-

Table 2.4: *Perceived potential efficacy of an electronic transmission platform for certificates*

Domains	Scale	Frequency	Percentage	CI 95%	
				Lower	Upper
Enhance collaboration between parties	Not at all	4	17.4	4.3	34.8
	A little	3	13.0	.0	26.1
	Moderately	10	43.5	21.7	65.2
	Enormously	6	26.1	8.7	43.5
	I do not know	0	0	-	-
Ease the communication between parties	Not at all	2	8.7	.0	21.7
	A little	3	13.0	.0	30.4
	Moderately	8	34.8	17.4	56.4
	Enormously	10	43.5	21.7	65.2
	I do not know	0	0	-	-
Less time consuming for FP	Not at all	4	17.4	4.3	30.4
	A little	3	13	.0	26.1
	Moderately	7	30.4	13.0	52.1
	Enormously	8	34.8	17.4	56.4
	I do not know	1	4.3	.0	13.0
Faster time response	Not at all	2	8.7	.0	21.7
	A little	3	13	4.3	30.4
	Moderately	8	34.8	17.4	56.5
	Enormously	9	39.1	17.4	60.9
	I do not know	1	4.3	.0	13.0

Table 2.5: *Services requested from insurers by FPs*

Services requested	Scale	Frequency	Percentage	CI 95%	
				Lower	Upper
IME to orient the treatment	Never	8	34.8	17.4	56.5
	Rarely	6	26	8.7	47.8
	Sometimes	8	34.8	17.4	56.5
	Often	1	4.3	.0	13.0
	Almost always	0	0	-	-
IME as a mean to return the patient to work	Never	7	30.4	17.4	52.2
	Rarely	10	43.5	21.7	60.9
	Sometimes	4	17.4	4.3	34.8
	Often	2	8.7	.0	21.7
	Almost always	0	0	-	-
Psychotherapy or other rehab measures due to waiting time in the healthcare system	Never	3	13	.0	30.4
	Rarely	6	26.1	8.7	43.5
	Sometimes	5	21.7	4.3	39.1
	Often	5	21.7	4.3	39.1
	Almost always	4	17.4	4.3	34.8
RTW meeting/mediation for problems that are work-related	Never	6	26.1	8.7	43.5
	Rarely	6	26.1	8.7	43.5
	Sometimes	8	34.8	17.4	52.2
	Often	2	8.7	.0	21.7
	Almost always	1	4.3	.0	13.0
Vocational services as main factors are non-medical in nature	Never	9	39.1	17.4	60.9
	Rarely	6	26.1	8.7	43.5
	Sometimes	4	17.4	4.3	34.8
	Often	4	17.4	4.3	34.8
	Almost always	0	0	-	-

2.10 References

Association médicale canadienne. (2017). Les formulaires des tiers. Retrieved June 24 from https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/e-Panle-Surveys/cma_policy_third_party_forms_update_2017_pd17-02-f.pdf

Brijnath, B., Mazza, D., Singh, N., Kosny, A., Ruseckaite, R., & Collie, A. (2014, 2014/12/01). Mental Health Claims Management and Return to Work: Qualitative Insights from Melbourne, Australia. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(4), 766-776. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9506-9>

Canadian Life and Health Insurance Industry. (2020). Standard Forms. Retrieved June 23 from https://www.clhia.ca/web/CLHIA_LP4W_LND_Webstation.nsf/page/02A87E24F02B6A5C8525821000567ED2!OpenDocument

Canadian Medical Association. (2013). The treating physician's role in helping patients return to work after an illness or injury (update 2013). . Retrieved May 17 from <https://policybase.cma.ca/documents/policypdf/PD13-05.pdf>

Canadian Society of Professionals in Disability Management. (2020). The Impact of Disability in Canada. Retrieved June 19 from <https://www.cspdm.ca/dm-in-context/impact-of-disability/>

Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Bastien, M. F., Wathieu, E., Bouchard, R., Panaccio, A., Guay, S., & Lecomte, T. (2019, Oct 31). 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*. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09861-2>

Deloitte. (2019). The ROI in workplace mental health programs: Good for people, good for business. A blueprint for workplace mental health programs. Retrieved December 12 from <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/ca/Documents/about-deloitte/ca-en-about-blueprint-for-workplace-mental-health-final-aoda.pdf>

Desjardins Insurance. (2020). Attending Physician's Statement. Retrieved June 22 from https://www.desjardinslifeinsurance.com/en/forms/Documents/020255A_Physician-statement_acc.pdf

Dewa, C. S., Chau, N., & Dermer, S. (2010, Jul). Examining the comparative incidence and costs of physical and mental health-related disabilities in an employed population. *J Occup Environ Med*, 52(7), 758-762. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181e8cfb5>

Frank, J., Sinclair, S., Hogg-Johnson, S., Shannon, H., Bombardier, C., Beaton, D., & Cole, D. (1998, Jun 16). Preventing disability from work-related low-back pain. New evidence gives new hope--if we can just get all the players onside. *Cmaj*, 158(12), 1625-1631.

Friesen, M. N., Yassi, A., & Cooper, J. (2001). Return-to-work: The importance of human interactions and organizational structures. *Work*, 17(1), 11-22.

Institute for Health and Work. (2016). The role of health-care providers in the workers' compensation system and return-to-work process: Final report. Retrieved June 21 from <http://www.ciwa.ca/wp-content/uploads/2016/12/Final-report-HCP-study-Kosny-et-al-Dec-14-2016.pdf>

Kilgour, E., Kosny, A., McKenzie, D., & Collie, A. (2015, Mar). Healing or harming? Healthcare provider interactions with injured workers and insurers in workers' compensation systems. *J Occup Rehabil*, 25(1), 220-239. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9521-x>

Lindholm, C., Arrelöv, B., Nilsson, G., Löfgren, A., Hinas, E., Skånér, Y., Ekmer, A., & Alexanderson, K. (2010, Dec 6). Sickness-certification practice in different clinical settings; a survey of all physicians in a country. *BMC Public Health*, 10, 752. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-752>

Löfgren, A. (2010). Physicians' Sickness Certification Practices. Frequency, Problems, and Learning [Karolinska Institutet]. Stockholm.

Loisel, P., Durand, M. J., Baril, R., Gervais, J., & Falardeau, M. (2005, Dec). Interorganizational collaboration in occupational rehabilitation: perceptions of an interdisciplinary rehabilitation team. *J Occup Rehabil*, 15(4), 581-590. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8036-x>

Mazza, D., Brijnath, B., Chakraborty, S. P., And the Guideline Development Group, & 2019. (2019). Clinical guideline for the diagnosis and management of work-related mental health conditions in general practice. .

Mazza, D., Brijnath, B., Singh, N., Kosny, A., Ruseckaite, R., & Collie, A. (2015, Aug 15). General practitioners and sickness certification for injury in Australia. *BMC Fam Pract*, 16, 100. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0307-9>

Mental Health Commission of Canada. (2016). Making the Case for Investing in Mental Health in Canada. Retrieved June 25 from https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-06/Investing_in_Mental_Health_FINAL_Version_ENG.pdf

Morneau Shepell. (2020). Attending Physician's Statement. Retrieved June 22 from <http://cupw-sttp.ca/STDP%20APPLICATION%20KIT.pdf>

OECD. (2011). Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Retrieved September 5 from <https://www.oecd.org/els/emp/49227343.pdf>

Pomaki, G., Franche, R.-L., Khushrushahi, N., Murray, E., Lampinen, T., & Mah, P. (2010). Best Practices for Return-to-work/Stay-at-work Interventions for Workers with Mental Health Conditions. https://www.ccohs.ca/products/webinars/best_practices_rtw.pdf

Pransky, G., Shaw, W., Franche, R. L., & Clarke, A. (2004, Jun 3). Disability prevention and communication among workers, physicians, employers, and insurers--current models and opportunities for improvement. *Disabil Rehabil*, 26(11), 625-634. <https://doi.org/10.1080/09638280410001672517>

Reynolds, C. A., Wagner, S. L., & Harder, H. G. (2006, Aug 15). Physician-stakeholder collaboration in Disability Management: a Canadian perspective on guidelines and expectations. *Disabil Rehabil*, 28(15), 955-963. <https://doi.org/10.1080/09638280500387112>

Russell, E., & Kosny, A. (2019, 2019/10/23). Communication and collaboration among return-to-work stakeholders. *Disability and Rehabilitation*, 41(22), 2630-2639. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1472815>

Russell, G., Brown, J. B., & Stewart, M. (2005). Managing injured workers: family physicians' experiences. *Canadian Family Physician*, 51(1), 78-79. <https://www.cfp.ca/content/cfp/51/1/78.full.pdf>

Singh, R., & O'Hagan, F. (2019, Mar). "Apping Up": Prospects for Information Technology Innovation in Return to Work Communication. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(1), 104-118. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9768-8>

Sunlife Financial. (2020). Attending Physician's Questionnaire. Retrieved June 22 from [https://www.sunlife.ca/static/canada/Sponsor/About%20Group%20Benefits/Forms/Static%20files%20for%20the%20Forms%20page/STD_Plan_Member_\(Non-SunAdvantage\)_Package_E_enabled.pdf](https://www.sunlife.ca/static/canada/Sponsor/About%20Group%20Benefits/Forms/Static%20files%20for%20the%20Forms%20page/STD_Plan_Member_(Non-SunAdvantage)_Package_E_enabled.pdf)

Sylvain, C., Durand, M.-J., & Maillette, P. (2017, 11/30). Insurers' Influences on Attending Physicians of Workers Sick-listed for Common Mental Disorders: What Are the Impacts on Physicians' Practices? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9744-8>

Sylvain, C., Durand, M.-J., Maillette, P., & Lamothe, L. (2016, 2016/06/07). How do general practitioners contribute to preventing long-term work disability of their patients suffering from depressive disorders? A qualitative study. *BMC Family Practice*, 17(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0459-2>

CHAPITRE 3
ÉTUDE EXPLORATOIRE PAR VIGNETTES CLINIQUES AUPRÈS DE MÉDECINS SUR LA
CERTIFICATION D'INCAPACITÉ AU TRAVAIL LIÉE À DES TROUBLES MENTAUX

Drolet, Lauriane¹., Brouillette, Carl⁵., Caron, Pier-Olivier²., Forget, Jacques¹., Turcotte Jean-Robert³., Guimond, Claude⁴., Cameron, Cynthia⁶.

Affiliations:

1 Université du Québec à Montréal

2 Université TÉLUQ

3 Université de Montréal

4 Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

5 Centre d'action et de prévention et réadaptation de l'incapacité au travail de l'Université de Sherbrooke

6 Université Laval

Article accepté par la Revue Science et Comportement le 9 mars 2022. L'article sera publié en juin 2022.

3.1 Résumé

Les assureurs exigent des certificats médicaux pour déterminer l'admissibilité à des prestations d'invalidité. Pourtant, les pratiques des médecins de famille en contexte de certification d'une incapacité au travail pour troubles mentaux varient. Par ailleurs, les certificats médicaux sont souvent incomplets ou ambigus, particulièrement la section relative aux limitations fonctionnelles. La présente étude vise à déterminer s'il existe une variabilité entre les médecins de famille quant à l'évaluation diagnostique, à la recommandation de traitement, à l'évaluation de l'incapacité au travail d'un même patient et de la durée d'une incapacité au travail et à analyser le type d'interprétation qu'ils font de la notion de limitations fonctionnelles. Vingt-trois médecins de famille du Québec ont complété quatre vignettes pour lesquelles ils doivent déterminer le diagnostic, le traitement, la nécessité ou non d'un arrêt de travail, la raison et dans l'affirmative les limitations fonctionnelles. Des analyses descriptives sont effectuées. Les résultats montrent que la décision de certifier une incapacité au travail ne fait pas bon consensus pour la moitié des vignettes contrairement à la catégorie diagnostique. La notion de limitations fonctionnelles semble confondue avec celle de symptômes. Ces résultats pourront servir à évaluer les pratiques actuelles en matière de certification d'une incapacité au travail.

Mots-clés : limitations fonctionnelles, certificats médicaux, invalidité, troubles mentaux

3.2 Abstract

Insurers require sickness certificates to determine eligibility for disability benefits. However, the practices of family physicians in the context of certifying a work disability due to a mental disorder vary. Moreover, sickness certificates are often incomplete or ambiguous, particularly the section on functional limitations. The purpose of this study is to determine whether there is variability among physicians in terms of diagnostic assessment, treatment recommendation, evaluation of the work disability of the same patient, the duration of a work disability and to analyze the type of interpretation they make of the notion of functional limitations. Twenty-three family physicians from Quebec completed four vignettes for which they had to determine the diagnosis, the treatment, whether or not a sick leave was necessary, the reason and, if so, the functional limitations. Descriptive analyses were performed. Results show that the decision to certify a work disability did not reach a consensus for half of the vignettes, which was not the case for diagnosis. The notion of functional limitations seems to be confused with that of symptoms. The results may be used to assess current practices in the certification of work disability.

Keywords : functional limitations, sickness certificates, disability, mental disorders

3.3 Introduction

Selon la Commission de la santé mentale du Canada (2016), les troubles mentaux représentent le tiers des demandes de prestations d'invalidité, mais engendrent près de 70 % des coûts. Au Québec, les troubles mentaux représentent 41 % des demandes d'invalidité comparativement au reste du Canada, pour qui, la moyenne se situe autour des 25 % (Institut canadien des actuaires, 2019). Le Canada se distingue des autres pays membres de l'OCDE par un accès plus restrictif à des prestations d'invalidité du secteur public (OCDE, 2010). Au Canada, le secteur de l'assurance privée est prépondérant et le taux de prestations publiques d'invalidité est relativement bas comparativement aux autres pays de l'OCDE (OCDE 2010). Sous réserve d'y être admissibles, les Québécois absents du travail pour cause de troubles mentaux sont généralement indemnisés par un assureur privé. Ces bénéficiaires sont souvent inclus dans le régime d'assurances collectives offert par l'employeur (Sylvain et al., 2017).

Pour déterminer l'admissibilité d'un travailleur à des prestations d'invalidité, l'assureur exige un certificat médical (Larouche, 2012). Dans la majorité des cas, les personnes aux prises avec des difficultés de santé mentale consulteront d'abord leur médecin de famille avant toute autre ressource (Lesage et al., 2006). Le médecin de famille occupe un rôle central dans le processus de la gestion de l'invalidité (Winde et al., 2012). Or, bien que le système de santé du Québec repose sur la gratuité des soins pour tous, tous n'ont pas accès à un médecin de famille. Selon le rapport de Champagne et collaborateurs (2018) environ un québécois sur quatre n'a pas accès à un médecin de famille au Québec. Dans la région métropolitaine, le pourcentage de la population inscrite à un médecin de famille est plus faible allant de 59 à 66 %, selon les territoires. Par conséquent, pour obtenir des soins et un certificat d'incapacité au travail (le cas échéant), un nombre important de travailleurs devra consulter dans une clinique sans rendez-vous un « médecin de famille » qui n'est pas le leur. Pour toutes ces raisons, le médecin pratiquant en première ligne, communément appelé médecin de famille est souvent celui qui émet ce type de certificat.

Il convient d'énoncer qu'il incombe à l'assureur et non au médecin de déterminer l'admissibilité d'un travailleur à des prestations d'invalidité (Association médicale canadienne, 2017). Règle générale, le certificat médical inclut des renseignements objectifs tels que le diagnostic (sauf en l'absence de consentement du patient), la durée de l'absence, le pronostic et une section qui porte sur les limitations fonctionnelles (Association médicale canadienne, 2017; Söderberg &

Alexanderson, 2005). Cette section est importante puisque la décision d'indemniser un travailleur repose en grande partie sur le lien entre les tâches requises au travail et les limitations fonctionnelles présentes. Le certificat médical est un élément central dans le processus de gestion de l'invalidité, car il est souvent l'un des seuls moyens de communication entre le médecin et l'assureur et c'est à partir de ce certificat que l'assureur détermine l'admissibilité d'un travailleur à des prestations. Pourtant, les résultats d'études suggèrent qu'il est souvent incomplet, ambigu ou mal complété, particulièrement la section portant sur les limitations fonctionnelles (Kiessling et al., 2013; Söderberg & Alexanderson, 2005; Sturesson et al., 2015).

L'évaluation des capacités et des limitations fonctionnelles est l'une des difficultés les plus citées par les médecins (Dell-Kuster et al., 2014; Engblom et al., 2011; Gerner & Alexanderson, 2009; Löfgren et al., 2007; Soklaridis et al., 2011; Sturesson et al., 2013b). Les limitations fonctionnelles se définissent comme une réduction des capacités à effectuer une activité dans les limites de ce qui est considéré normal (Maness & Khan, 2015). Plus spécifiquement, l'invalidité renvoie à l'incapacité d'une personne à effectuer les tâches liées à son emploi ou à tout emploi pour lequel elle est qualifiée selon les clauses contractuelles prévues pour y être admissible (Maness & Khan, 2015).

Afin de lier les concepts à des fins pratiques, prenons l'exemple d'une personne ayant un trouble de l'adaptation avec humeur anxiodépressive. Cette personne peut présenter certains symptômes, dont un sentiment de tristesse, de l'anxiété et de l'insomnie. La présence unique de symptômes n'est pas synonyme de limitations fonctionnelles et encore moins d'invalidité. Il faut établir si ces derniers entraînent ou non des limitations fonctionnelles. Dans l'affirmative, il faut évaluer si elles empêchent effectivement le travailleur d'effectuer les tâches principales de son emploi ou non. Aux fins de l'exemple, supposons que l'anxiété (symptôme) de cette personne soit responsable d'une diminution de sa capacité à retenir de la nouvelle information, à amorcer et soutenir une conversation et d'une difficulté à contrôler ses affects engendrant des conflits interpersonnels (limitations fonctionnelles). Dans un cas de figure où cette personne occupe un emploi de service, il est probable que les limitations fonctionnelles décrites interfèrent avec les tâches principales de son emploi comme la qualité des interactions sociales avec les clients, la capacité à se rappeler leurs demandes et à leur répondre avec un affect approprié. Par contre, ces limitations fonctionnelles ne seraient pas forcément incompatibles avec un emploi de plongeur ou d'artiste-

peintre. La figure 1 propose une représentation graphique de ces notions. Quoique sommaire, cet exemple illustre l'importance que revêt la section des limitations fonctionnelles, puisque la décision de l'assureur est fondée sur la qualité des renseignements médicaux reçus.

À l'instar d'une étude menée en Suisse (Kedzia et al., 2015), la majorité de celles effectuées dans d'autres pays, en particulier dans les pays nordiques, révèlent que les médecins qualifient l'évaluation de la capacité à travailler de problématique (Arrelöv et al., 2007; Hinkka et al., 2018; Winde et al., 2012). Contrairement à leurs homologues suédois, les médecins suisses sont relativement satisfaits du rôle qu'ils occupent dans le processus de certification d'une incapacité au travail et reconnaissent que cette tâche relève de leur sphère professionnelle (Kedzia et al., 2015). Ces résultats sont différents des tendances dégagées d'autres études qui elles, suggèrent le souhait des médecins de transférer cette tâche à d'autres professionnels (ergothérapeutes, médecins spécialistes) qu'ils estiment mieux formés et outillés qu'eux pour effectuer ce type d'évaluation (Gerner & Alexanderson, 2009; Krohne & Brage, 2008; K. Krohne & S. Brage, 2008; Nordling et al., 2020; Stureson et al., 2013a). Une étude effectuée par vignettes a montré que les pratiques des médecins face à la recommandation d'une incapacité au travail varient (Kankaanpää et al., 2011). Par exemple, les résultats de Kankaanpää et collaborateurs (2011) indiquent qu'en moyenne la durée d'une absence médicale est de 97,4 jours avec des variations allant de 42 à 165 jours. Les auteurs proposent que ces différences puissent être dues aux facteurs individuels propres aux médecins et aux systèmes en place. Une analyse effectuée sur des certificats médicaux révèle que l'information relative aux limitations fonctionnelles est insuffisante pour près de la moitié d'entre eux (Starzmann et al., 2019).

Considérant que les limitations fonctionnelles sont inhérentes à la notion d'invalidité, il est important de comprendre l'interprétation que les médecins de famille en font. À ce jour, aucune étude canadienne ou québécoise a porté sur la pratique des médecins de famille en contexte de certification d'une incapacité au travail, de la durée prescrite et des limitations fonctionnelles décrites pour la justifier. Effectivement, la majorité des connaissances proviennent de l'international ou sont très peu spécifiques aux troubles mentaux. Celles-ci ne reflètent pas nécessairement la réalité canadienne et québécoise puisque les systèmes sociopolitiques ne sont pas les mêmes. De plus, au sein des pays de l'OCDE, les politiques d'invalidité sont très variables. Certaines favorisent des mesures de réadaptation au travail alors que d'autres facilitent

l'accessibilité aux programmes d'invalidité (OECD, 2010). Il est fort possible que celles-ci influencent les attitudes des médecins face à la prescription d'un arrêt de travail. L'OECD (2010) a créé une typologie des politiques d'invalidité divisée en trois modèles allant du plus accessible/généreux au plus restrictif. Il y a le modèle sociodémocrate qui regroupe surtout les pays d'Europe du Nord (p.ex. Suède, Norvège, Danemark) le modèle libéral composé des pays essentiellement anglophones et situés dans le Pacifique (États-Unis, Canada, Australie, Royaume-Uni, Japon) et le modèle corporatiste qui englobe la majorité des autres pays d'Europe (France, Espagne, Irlande). L'exploration des réglementations encadrant l'invalidité dépasse largement le cadre de cette introduction. Par contre, citons en exemple certaines d'entre elles afin de mieux contextualiser la présente étude. En Espagne, la création d'organismes de régulation composés de médecins responsables de surveiller et de réévaluer les arrêts de travail certifiés par les médecins traitants peut possiblement influencer les avis et la façon dont sont articulées les informations contenues dans les certificats médicaux. Dans les pays nordiques, la réglementation a été adaptée de telle sorte que les médecins puissent recommander une invalidité partielle, surtout en contexte de troubles mentaux. En Norvège, le médecin doit obligatoirement considérer une invalidité partielle avant de recommander une invalidité totale (OECD, 2010). Or, dans les contrats standards des assurances privées canadiennes, la notion d'invalidité partielle est plutôt rare. Ainsi, il n'est pas exclu que les médecins québécois recommandent plus facilement une incapacité au travail plutôt que des accommodements tels qu'un horaire réduit. Outre ces distinctions de politiques, les régimes d'indemnisation sont aussi différents. À titre de rappel, au Canada, contrairement à la majorité des pays de l'OECD, les prestations d'invalidité relèvent davantage du régime privé que du régime public. Il n'est pas exclu que les différences de régime d'indemnisation, de réglementations et de systèmes socio-politiques puissent influencer les attitudes ou les comportements des médecins de famille face à la certification d'une incapacité au travail.

3.4 Objectifs

Le but de la présente étude est d'utiliser des vignettes cliniques pour décrire les pratiques des médecins de famille du Québec relatives à la certification d'une incapacité au travail pour trouble mental. Les variables décrites sont les choix de traitement, le recours ou non à un arrêt de travail, sa durée et la description/interprétation qu'ils font de la notion de limitations fonctionnelles psychologiques pour justifier l'arrêt de travail, le cas échéant.

3.5 Méthode

3.5.1 Participants

Les médecins de famille sont informés du projet de recherche par l'intermédiaire de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), des directeurs de clinique, des associations médicales régionales et via les médias sociaux. Les critères d'inclusion à l'étude sont la maîtrise du français, avoir complété dans la pratique au moins un certificat d'incapacité au travail pour cause de troubles mentaux et être membre en règle du Collège des médecins du Québec. Au total, 23 médecins de famille (5 hommes et 18 femmes) issus du secteur public et exerçant dans différentes régions administratives du Québec ont participé. Le tableau 1 présente des informations additionnelles sur les participants. Le nombre moyen d'années de pratique est de 16,8 ans (ET = 12,3). L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de l'Université du Québec à Montréal et par le Comité éthique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est de l'Île de Montréal. Le projet s'est déroulé en 2019 sur une période de sept mois.

3.5.2 Instruments de mesure

Le questionnaire développé pour la présente étude comprend quatre vignettes cliniques fictives dans lesquelles sont présentées des patients ayant des symptômes psychologiques. Sur le plan clinique, les vignettes sont révisées et approuvées par un psychiatre. À la suite de recommandations, des éléments supplémentaires en lien avec l'examen mental sont ajoutés. Cet ajout vise à rendre compte d'éléments un peu plus objectifs similaires à ceux observés dans un bureau de consultation. Deux psychologues indépendants habilités à effectuer des évaluations cliniques et à rédiger des rapports pour des tiers ont révisé les vignettes. Ils ont également répondu aux questions suivant les vignettes. Aucune inexactitude sur le plan clinique ni difficulté sur le plan de la compréhension n'est relevée. Par conséquent, les vignettes sont jugées valides.

Les vignettes sont écrites, prennent en moyenne moins de 5 minutes à lire chacune et incluent des éléments de l'examen mental (p.ex. apparence, attitude, comportement moteur, état émotionnel). Les médecins participants doivent ensuite répondre à des questions, similaires à celles retrouvées sur les formulaires médicaux exigés par les assureurs privés dont le diagnostic, les traitements recommandés, la durée initiale de l'arrêt de travail et les limitations fonctionnelles, le cas échéant.

La première vignette décrit une patiente à l'habillement et l'hygiène appropriés qui rapporte ressentir du stress en raison de conflits avec un voisin et des restructurations en cours chez l'employeur de son mari. Lorsqu'elle aborde la problématique du voisinage, son débit s'accélère et des légers tremblements sont observés. Bien que son humeur soit anxieuse, son attitude est coopérative et le contact visuel est bon. Une légère élévation de sa tension artérielle est notée. Elle demande explicitement une médication pour l'aider à dormir et un arrêt de travail pour éviter que sa performance soit affectée. La vignette ne mentionne pas le type d'emploi occupé.

La deuxième vignette porte sur une patiente qui confie avoir des symptômes dépressifs et des difficultés familiales importantes (deux jumeaux ayant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, un conjoint qui est souvent à l'extérieur du pays pour le travail). L'examen mental met en évidence une patiente qui a un ralentissement psychomoteur. Dans le bureau du médecin, cette personne pleure et exprime des idéations suicidaires. Elle rapporte avoir de la difficulté à s'occuper de ses enfants et compte sur l'aide de sa mère. Son ton est monocorde et elle demande au médecin de répéter à quelques reprises ses questions. Cette patiente occupe un emploi de préposée aux bénéficiaires et admet avoir fait des erreurs au travail. Elle confie aussi se cacher aux toilettes pour pleurer pendant ses heures de travail. Elle exprime avoir besoin d'aide sans spécifier sa nature.

La troisième vignette met en action un patient qui décrit vivre du stress et être fatigué depuis que sa belle-sœur et son bébé ont temporairement déménagé chez lui. Ce patient se fait souvent réveiller par le bébé pendant la nuit, ce qui fait en sorte qu'il a de la difficulté à se réveiller le matin et qu'il arrive en retard au travail. Il occupe un emploi de paysagiste et commence le travail très tôt. Ses nombreux retards lui ont valu des mesures disciplinaires. Le patient verbalise avoir peur de perdre son emploi et il souhaite obtenir un arrêt de travail pour se reposer. Pendant ce temps, il s'occupe en suivant des cours en ligne, en améliorant l'aménagement paysager de son terrain et en s'entraînant. Le cours de sa pensée est cohérent sans atteinte évidente sur le plan de l'attention ou de la mémoire durant la consultation.

La quatrième vignette présente un patient qui consulte, à la demande de son employeur, pour obtenir un certificat médical qui atteste de sa capacité à travailler comme peintre de bâtiments. Il a été surpris sous l'effet de l'alcool au travail à deux reprises. Le patient arrive en retard à son rendez-vous médical, il a une hygiène négligée et il sent l'alcool. Sa démarche est instable. Des contusions

près de l'œil et un ralentissement psychomoteur sont observés. Le patient souhaite être au travail, puisqu'il perçoit que c'est le seul aspect positif de sa vie, sa femme l'ayant quitté et ses filles ne lui parlant plus.

3.6 Collecte de données

Les médecins peuvent accéder aux questionnaires en ligne, via un lien personnalisé, à leur convenance. Les vignettes et le questionnaire sont accessibles sur Interceptum, un logiciel sécurisé. Les vignettes sont présentées l'une à la suite de l'autre, sans possibilité de revenir à la précédente. Cette modalité est adoptée afin d'éviter que les éléments fournis dans une vignette subséquente viennent influencer les éléments de réponse aux questions précédentes. Le questionnaire prend environ 15 minutes à compléter. Ils peuvent y accéder, quitter et revenir à leur convenance.

3.7 Psychométrie

3.7.1 Transformation des éléments qualitatifs en éléments quantitatifs

Pour chaque vignette, les médecins doivent indiquer si un traitement est nécessaire. Les thèmes émergents donnent lieu à trois catégories distinctes. La catégorie « médication » correspond à tout élément de réponse qui propose une médication, toutes molécules confondues. La catégorie « psychothérapie » inclut les éléments de réponse suggérant une aide psychologique (p.ex. une thérapie cognitive-comportementale, un programme d'aide aux employés, une référence en psychologie), indépendamment de l'approche recommandée. La catégorie « habitudes de vie » est créée pour refléter les recommandations en lien avec une meilleure alimentation, une participation à des activités physiques ou encore à de la méditation.

Les éléments de réponse qualitatifs des limitations fonctionnelles sont aussi transformés. Il importe de rappeler que le but de l'étude n'est pas de commenter l'exactitude des réponses offertes par les médecins, mais bien d'apprécier l'interprétation qu'ils font de la notion de limitations fonctionnelles. À partir des éléments de réponse qualitatifs donnés, cinq catégories sont créées. La première catégorie nommée « limitations fonctionnelles » comprend des éléments de réponse qui explicitement témoignent de la réduction des capacités à effectuer une activité dans les limites de ce qui est considéré normal (Maness & Khan, 2015). En appui à la définition, les auteurs se sont

référés au tableau de Bender (2011) qui propose une transposition possible des symptômes dépressifs sur la capacité fonctionnelle d'une personne. À titre d'exemple, une diminution de la capacité à gérer ses émotions entraînant des conflits ou une incapacité à prendre des décisions était reconnue. La deuxième catégorie nommée « symptômes » comprend des éléments subjectifs, voire symptomatologiques, mais qui ne permettent pas d'apprécier en quoi la capacité de fonctionnement de la personne est réduite. L'insomnie, la tristesse et le trouble de la concentration en sont des exemples (Bender, 2011). La troisième catégorie intitulée « mixte » contient des éléments de réponse issus des deux catégories précédentes. Une difficulté à prendre des décisions et de la fatigue est une réponse type de cette catégorie. La quatrième catégorie correspond à l'absence de limitations fonctionnelles, alors que la cinquième catégorie comprend des éléments de réponse peu spécifiques ou très larges (p.ex. ne peut travailler).

3.7.2 Accords interjuges

Pour assurer la validité des interprétations, une validité interjuge est implantée sur les variables diagnostic, traitement, durée de l'arrêt de travail et les limitations fonctionnelles. Pour chaque variable, les juges doivent classer de la même façon la réponse du médecin. Les classes sont présentées aux tableaux 2 à 7. Une formation est réalisée préalablement afin de familiariser les juges avec la grille de cotation jusqu'à ce qu'ils obtiennent régulièrement un accord de plus de 90 % sur des éléments fictifs. Le degré d'accord global à la formation atteint 98 %. Une fois obtenu la validité interjuge des vignettes est calculée. Pour établir l'accord interjuge, les données de 10 participants (médecins de famille) sont choisis aléatoirement, et ce, pour chacune des vignettes, ce qui correspond à 43,5 % de tous les items. Le taux d'accord des juges est de 95,6 %. Spécifiquement, le degré d'accord varie entre 90 à 100 % pour la vignette 1, entre 90 à 100 % pour la vignette 2, entre 90 à 100 % pour la vignette 3 et entre 80 à 100 % pour la vignette 4. Les items pour lesquels il y a eu désaccord sont discutés entre les deux juges jusqu'à obtenir consensus.

3.7.3 Stratégies d'analyse

Des analyses descriptives incluant des fréquences et des corrélations sont effectuées.

3.8 Résultats

3.8.1 Vignettes et évaluations diagnostiques

Le tableau 2 présente la fréquence des diagnostics retenus pour un même patient. Pour la vignette 1 et 3, le trouble de l'adaptation est diagnostiqué par 78,3 % et 65,2 % des participants. Pour la vignette 2, 87 % d'entre eux retiennent un diagnostic de dépression majeure et pour la vignette 4, 56,5 % évaluent un trouble d'abus de substances.

3.8.2 Vignettes et traitements recommandés

Le tableau 3 présente les fréquences des recommandations de traitement. La psychothérapie est la modalité de traitement la plus recommandée, allant de 52,2 % à 100 %, suivie de la médication. La modification des habitudes de vie est la modalité la moins suggérée avec une fréquence allant de 13 % à 47,8 %, selon les vignettes. Des corrélations sont effectuées entre la prescription d'une médication (1 = oui recommandée, 2 = non) et le nombre d'années de pratique du médecin. Le tableau 4 montre que les médecins ayant le plus grand nombre d'années d'expérience prescrivent davantage. Pour la vignette 1, $r(22) = -,443, p = ,034.$, la vignette 2, $r(22) = -,553, p = ,006$ et la vignette 4, $r(22) = -,456, p = ,029$ cette relation est observée, mais pas pour la vignette 3, $r(22) = -,291, p = ,178$.

3.8.3 Vignettes et recommandations d'arrêt de travail

À l'exception de la vignette 2 où tous les participants recommandent un arrêt de travail, les conclusions des autres vignettes ne sont pas unanimes. Pour les vignettes, 1, 3 et 4, 30,4 %, 60,9 % et 73,9 % recommandent un arrêt de travail. La durée de l'absence initiale recommandée pour un même patient varie entre une à deux semaines à cinq semaines et plus, selon les vignettes. Des accommodements comme alternative à un arrêt de travail complet sont recommandés à trois reprises, par trois participants différents. Le tableau 5 présente la distribution.

3.8.4 Limitations fonctionnelles

Le tableau 6 présente la distribution des éléments de réponse fournis à la question « quelles sont les limitations fonctionnelles ? ». Pour la vignette 1, pour laquelle le type d'emploi occupé par le patient est volontairement omis par les auteurs, un seul des 23 participants (4,3 %) indique ne pas

avoir suffisamment d'informations en lien avec le travail pour se prononcer sur la pertinence de produire un certificat d'incapacité au travail et de commenter sur les limitations fonctionnelles. Pour les vignettes 1 et 3, l'opinion des participants ne fait pas consensus. Pour ces vignettes, on note une tendance à 60,9 % et 47,8 % pour l'absence de limitations fonctionnelles trouvées chez le patient. Sauf pour la vignette 4, l'analyse révèle que la majorité des médecins de famille indiquant que le patient présente des limitations fonctionnelles a en fait rapporté des éléments de réponse qui correspondent plutôt à la définition d'un symptôme. Pour les vignettes 1, 2 et 3, cela représente 21,7 %, 52,2 % et 47,8 %, respectivement.

3.8.5 Limitations fonctionnelles et recommandations d'arrêt de travail

Des tableaux croisés sont effectués entre la prescription d'un arrêt de travail et les éléments de réponse compris sous la rubrique « limitations fonctionnelles ». Les analyses sont regroupées sous le tableau 7 et montrent que selon les vignettes, de 1 à 4 médecins de famille accordent un arrêt de travail tout en indiquant ignorer si des limitations fonctionnelles sont présentes ou en l'absence de limitation fonctionnelle. Selon les vignettes, de 4 à 12 médecins de famille recommandent un arrêt de travail appuyé par des éléments de réponse qu'ils considèrent comme des limitations fonctionnelles, mais qui, selon l'analyse qualitative effectuée, correspondent plutôt à des symptômes.

3.9 Discussion

L'étude a pour objectif de décrire les pratiques des médecins en lien avec la certification d'une incapacité au travail et d'analyser le type d'interprétation que ces derniers ont de la notion de limitations fonctionnelles. À titre de rappel, des vignettes cliniques écrites sont présentées et les participants doivent répondre à une série de questions, similaires à celles retrouvées sur un formulaire d'incapacité au travail.

La première information que doivent indiquer les médecins sur le formulaire est le diagnostic. Les résultats montrent dans l'ensemble un bon consensus chez les participants. Ces résultats ne sont pas étonnants, puisque la formation en médecin forme à l'évaluation diagnostique des conditions de santé physique ou psychologique. Ensuite, ils doivent indiquer le traitement requis, le cas échéant. La psychothérapie est fréquemment recommandée. Ces résultats sont positifs, puisque la psychothérapie offre une meilleure protection contre la survenue de symptômes anxieux ou

dépressifs sur le long terme (Fanshi et al., 2015). La médication est également prescrite par une proportion importante de médecins, mais surtout chez les médecins ayant le plus grand nombre d'années d'expérience. Enfin, similaires aux résultats de Slebus et collaborateurs (2010a) des différences entre les participants sont observées quant à l'octroi d'un certificat d'absence du travail pour raisons médicales ou non et de sa durée, le cas échéant.

Plusieurs observations peuvent être tirées de l'analyse de l'interprétation que font les médecins de la notion de limitations fonctionnelles. D'abord, des désaccords existent entre les participants quant à la présence de limitations fonctionnelles ou non chez un même patient, surtout pour les vignettes dont le niveau d'atteinte n'est pas décrit comme étant très sévère (vignette 1 et 3). Ces résultats rejoignent ceux de Rudbeck et Fonager (2011) qui montrent un accord plutôt faible entre les professionnels de la santé dans l'évaluation de la capacité à travailler d'un patient, sauf dans les cas où l'information suggère une capacité extrêmement réduite. Ensuite, les résultats montrent qu'entre 14 et 29 % des médecins de famille qui certifient un arrêt de travail le font en dépit du fait qu'ils indiquent ignorer si des limitations fonctionnelles sont présentes ou en leur absence. En l'absence de limitations fonctionnelles, les raisons pour lesquelles des arrêts de travail sont prescrits sont inconnues. Toutefois, des études suggèrent que les médecins décrivent souvent un sentiment de sympathie plus grand envers les personnes aux prises avec un trouble mental, ou encore, certifient un arrêt de travail ou le prolongent inutilement pour des raisons autres que médicales (Campbell & Ogden, 2006; Norrmén et al., 2008). En plus de soulever des questions éthiques et déontologiques, un arrêt de travail pour des raisons autres que médicales comporte son lot de conséquences négatives pour le travailleur. Des études montrent que les arrêts de travail peuvent nuire à l'image de soi, aux perspectives professionnelles, accentuer certains symptômes ou mener à l'adoption du rôle de malade (Vingård et al., 2004). Par ailleurs, médicaliser une problématique sociale ou un conflit au travail n'entraînant pas de limitations fonctionnelles peut devenir une béquille pour le patient et placer le médecin dans une situation délicate dans laquelle il s'expose à des demandes de prolongation de l'absence. En d'autres termes, le certificat médical peut devenir une forme d'évitement pour le travailleur. L'évitement est non seulement une stratégie inefficace sur le long terme, mais peut renforcer l'anxiété de la personne et compliquer son retour au travail.

L'étude permet aussi de constater qu'il y a un nombre important de médecins qui rapportent des symptômes plutôt que des limitations fonctionnelles, sous la rubrique libellée « limitations

fonctionnelles ». Puisque la décision d'indemniser un travailleur repose essentiellement sur la démonstration que les limitations fonctionnelles interfèrent avec les tâches essentielles de l'emploi, il est primordial qu'elles soient clairement définies (Wahlström & Alexanderson, 2004).

Des travaux récents suggèrent que le processus d'évaluation visant à déterminer la pertinence de prescrire une incapacité au travail ou non du médecin devrait comprendre la recherche d'information sur la sphère professionnelle comme le type d'emploi et les tâches, l'horaire de travail, les accommodements disponibles et les obstacles au retour au travail (Bertilsson et al., 2018; Durand et al., 2017). Selon les résultats de la présente étude, la recherche d'information ne semble pas être systématique. Précisément, seul un des 23 participants a indiqué ne pas pouvoir se prononcer sur la présence ou non de limitations fonctionnelles de l'un des patients présentés dans une vignette en raison d'un manque d'information sur le type d'emploi occupé. L'information sur la sphère professionnelle peut possiblement aider le médecin à évaluer la pertinence d'un arrêt de travail, mais également de déterminer si d'autres mesures comme des accommodements peuvent être envisagées. Dans la présente étude, très peu de participants (trois seulement) ont proposé des accommodements dans le but d'éviter l'arrêt de travail complet. Il est à noter que tout comme la majorité des formulaires médicaux, le questionnaire utilisé ne prévoyait pas de champs spécifiques offrant au médecin la possibilité de commenter les capacités fonctionnelles du patient ou sur des accommodements. Ces constats invitent à réflexion, notamment sur la forme que devrait prendre les certificats médicaux. Depuis une décennie, la « fit note (ou Statement of Fitness for Work) » que nous traduisons par *certificat d'aptitude au travail* est instauré au Royaume-Uni. Bien qu'il présente encore certaines lacunes, ce certificat a l'avantage de mettre l'accent sur les capacités fonctionnelles, c'est-à-dire sur ce que le travailleur est encore capable de faire (Coole et al., 2015). Selon le site du gouvernement du Royaume-Uni, des médecins perçoivent que cette nouvelle façon de faire facilite leur discussion avec leur patient quant au retour au travail (Government of United Kingdom, 2022). D'autres rapportent qu'elle permet aussi de mieux comprendre les croyances du patient face au « risque perçu » de retourner au travail en n'étant pas rétabli complètement et permet aussi une discussion sur l'importance du travail pour la santé.

Les discussions en lien avec les demandes d'arrêt de travail ne sont pas toujours simples et peuvent engendrer des difficultés dans la relation patient-médecin (Letrilliart & Barrau, 2012). D'ailleurs, une perception de conflit de rôles/ double rôle est souvent décrite. De façon intéressante, Parsons

(1951) cité dans Myfanwy (2008) aborde le rôle du médecin comme celui d'un « gatekeeper » que nous choisissons ici de traduire par « gardien social ». Le conflit de rôles renvoie au fait que le médecin traitant se sent parfois pris entre son rôle de soignant et celui « d'expert évaluateur » pour le tiers parti (Solli & Barbosa da Silva, 2019). Le médecin et le patient ne perçoivent pas toujours d'un même angle la nécessité d'un arrêt de travail. Devant une telle situation, le médecin de famille peut être déchiré entre le désir de protéger son patient (le retirer du travail), voire de maintenir une bonne alliance thérapeutique et celui de ne pas offrir de certificat de complaisance. Sur ce plan, certains médecins réclament que les certificats médicaux soient complétés par d'autres professionnels de la santé comme les ergothérapeutes. L'association médicale canadienne (2013) lance aussi un appel à cesser d'utiliser systématiquement le certificat médical comme pièce justificative à l'arrêt de travail et prône une meilleure collaboration entre l'employé, l'employeur et les autres professionnels. Il est recommandé que le médecin traitant aborde avec son patient la durée prévue de l'absence tout en insistant sur l'importance de demeurer actif dans son rétablissement. Pour le moment, la majorité des assureurs exigent que les certificats d'incapacité au travail soient complétés par des médecins quoique certains assureurs acceptent maintenant que des infirmières praticiennes ou psychologues les remplissent. À ce jour, les ergothérapeutes ne peuvent compléter de tels certificats, mais une collaboration interdisciplinaire pourrait être une alternative intéressante, quoique la pénurie actuelle de ces professionnels limiterait sans doute la généralisation d'une telle pratique (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2020).

Les résultats de cette étude peuvent servir aux assureurs privés, notamment en les amenant à réfléchir sur leurs pratiques et sur de potentiels changements à adopter. Par exemple, est-ce que les formulaires actuels permettent adéquatement d'exposer les effets de la condition du travailleur sur les habiletés à travailler autre que de simplement dire que le travailleur ne peut travailler ? Est-ce que les formulaires pourraient permettre aux professionnels de la santé d'indiquer les accommodements ou les soutiens dont le travailleur a besoin pour faire son travail ou tout autre élément concret pour soutenir un retour au travail ? Est-ce que les formulaires actuels prônent suffisamment une démarche de réadaptation ? Informent-ils d'emblée le médecin des accommodements possibles ? Devrait-on s'appuyer sur les données du Royaume-Uni et adopter le certificat d'aptitude au travail qui semble favoriser davantage la reprise du travail malgré la présence de limitations fonctionnelles résiduelles ? Dans l'éventualité où le certificat d'aptitude génère un enthousiasme chez les assureurs, selon les auteurs, il pourrait s'avérer pertinent que la

certification d'aptitude au travail inclue ce que la personne ne peut effectuer tout en précisant que le travailleur présente des capacités résiduelles qui lui permettraient de contribuer à la force de travail. Les avantages de considérer les capacités résiduelles incluent entre autre de favoriser la participation occupationnelle d'une personne tout en continuant de maintenir son employabilité. À titre d'exemple, Le Work Ability Index (WAI) est un outil d'auto-évaluation qui pourrait servir à évaluer la capacité de travail. Les auteurs croient aussi qu'un autre avantage du certificat d'aptitude est qu'il permettrait sans doute d'orienter des mesures de réadaptation ou d'accommodements plus tôt dans le processus. Une intervention précoce de la part de l'assureur ou de l'employeur est plus susceptible de mener à un retour au travail précoce, ce qui peut est bénéfique pour tous. Par ailleurs, c'est ce que suggère une étude réalisée au Royaume-Uni (Hussey et al., 2015). Les auteurs ont noté une légère diminution du taux de certification et une augmentation de mesures d'accommodements, cinq ans après l'implantation du certificat d'aptitude au travail (Hussey et al., 2015). Enfin, des discussions orientées sur les capacités préservées plutôt que sur celles qui sont diminuées sont porteuses d'espoir pour le travailleur et peuvent aussi servir de point d'ancrage à une future discussion qu'est celle du retour au travail.

De futures collaborations entre le monde de la recherche, médical et de l'assurance permettraient possiblement de mieux évaluer l'efficacité des pistes proposées sur le processus de la gestion de l'invalidité.

3.10 Limites

En science, les chercheurs se doivent de respecter de nombreux principes éthiques dont celui de ne pas solliciter indûment des participants. Devant ce principe éthique, les chercheurs ont déployé des efforts importants pour recruter des médecins de famille, sans toutefois faillir à leur engagement éthique. Par conséquent, ils ont dû accepter de terminer l'étude malgré une petite taille d'échantillon, ce qui limite la généralisation des résultats. Ceux-ci doivent par conséquent être interprétés avec prudence. Toutefois, il convient d'ajouter que les résultats sont comparables à ceux d'autres études. Les médecins de famille ayant participé à l'étude étaient informés qu'elle était menée par des chercheurs rattachés au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal. Il est possible que les réponses à certaines des questions reposent sur des biais qu'entretiennent les participants face aux attentes des chercheurs ou encore à la désirabilité sociale. La limite de la validité écologique se pose également car il serait faux de prétendre que des

vignettes cliniques peuvent se substituer à une véritable consultation. D'abord, la relation patient-médecin qui existe en contexte naturel est inexistante dans une vignette. Dans leur pratique, les médecins de famille ont souvent une bonne connaissance de leur patient, de leurs antécédents et une relation de confiance établie qu'ils souhaitent sans doute protéger, ce qui peut possiblement influencer leurs pratiques. Ainsi, en contexte clinique il est possible que les médecins aient recommandé davantage d'arrêts de travail qu'ils ne l'ont fait pour des patients fictifs. Une consultation médicale en présentiel implique que le médecin puisse effectuer un examen mental plus complet (p.ex. observer la démarche, l'intonation, la posture, l'apparence, la capacité à interagir, l'hygiène) et poser des questions afin de mieux orienter son évaluation, ce que ne permettent pas des vignettes écrites. Par contre, les vignettes utilisées intègrent des éléments de l'examen mental et sont approuvées par des professionnels de la santé, ce qui leurs confèrent une bonne validité d'apparence et de contenu. Afin d'augmenter la validité écologique, de futures études pourraient envisager de recourir à des méthodes et des instruments de mesure différents, mais qui auront eux aussi leurs lots de défis et d'inconvénients. Par exemple, de véritables dossiers pourraient être utilisés. Par contre, ils devront être anonymisés et possiblement modifiés, du moins légèrement, par souci de confidentialité, ce après quoi ils deviendront quasi l'équivalent d'une vignette clinique. Enfin, la tromperie pourrait être utilisée, mais compte tenu des difficultés d'accès aux cliniques sans rendez-vous, cette option est discutable, à moins qu'il n'existe pas d'autres moyens permettant d'étudier la question de recherche sans mettre la recherche en péril.

3.11 Conclusion

La présente étude québécoise se veut une première selon les auteurs quant à décrire les pratiques des médecins de famille du Québec relatives à la certification d'une incapacité au travail devant un patient présentant un trouble mental. Dans l'ensemble, les résultats de l'étude montrent des différences dans les évaluations qu'ils font de la pertinence de prescrire une incapacité au travail, tant sur le plan de l'octroi que sur la durée, le cas échéant. Cette étude est aussi l'une des premières au Québec à poser un regard sur l'interprétation que font les médecins de famille de la notion de limitations fonctionnelles. À la lumière des résultats, cette notion semble souvent confondue à tort avec celle de symptômes. Des certificats d'arrêt de travail pour raisons médicales en l'absence de limitations fonctionnelles sont émis. Ces résultats sont préoccupants, puisque la raison d'être des

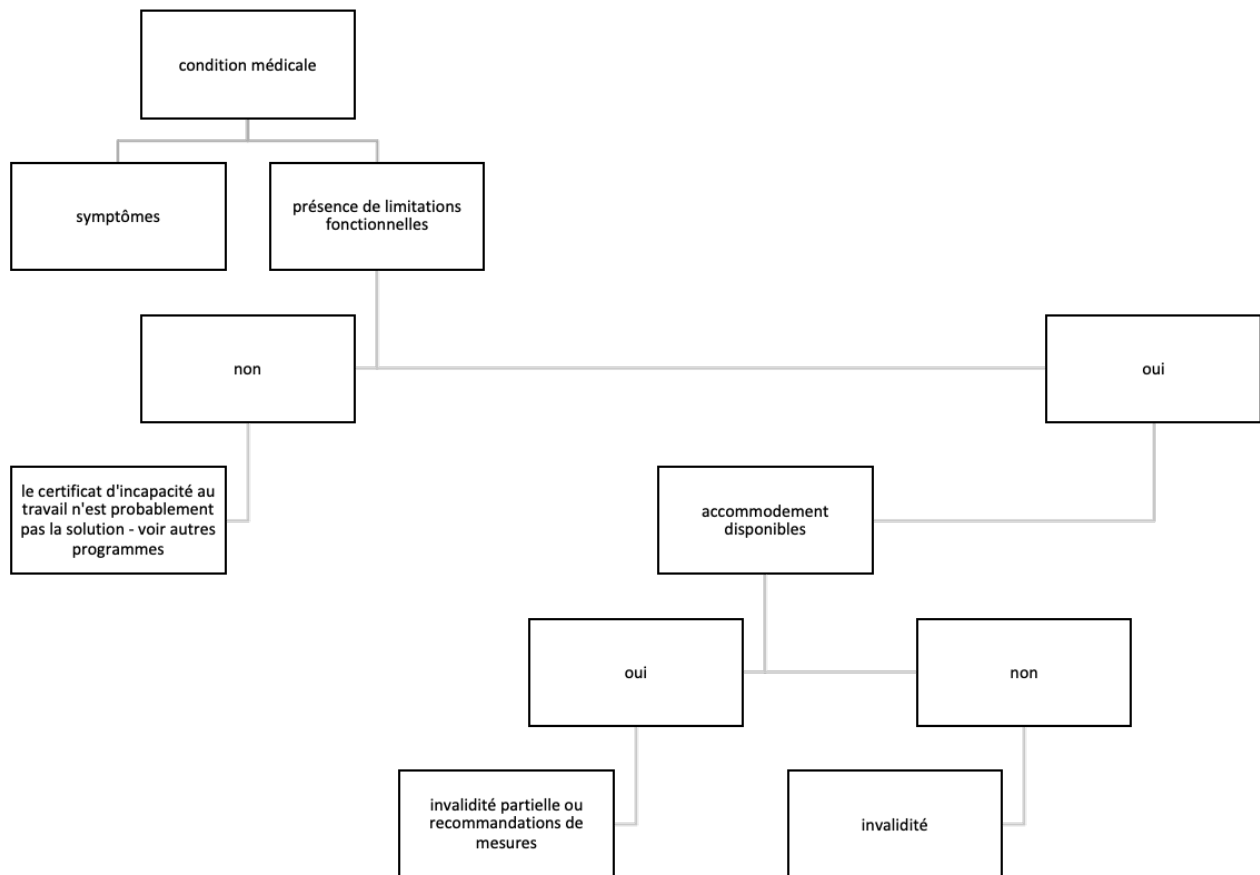
programmes d'invalidité est de fournir des prestations à des personnes qui ne sont pas en mesure d'accomplir les tâches essentielles de leur emploi, en raison de limitations fonctionnelles.

En somme, les résultats mettent en lumière certaines difficultés pour lesquelles des pistes de solution sont proposées. Toutefois, il est important de rappeler que l'évaluation de la capacité à travailler d'un patient ayant un trouble mental est ardue pour le clinicien en raison de son caractère syndromique (basé sur les symptômes). Le médecin doit alors composer avec une réalité beaucoup plus subjective à laquelle des facteurs autres (p.ex. la motivation, les gains secondaires, l'accessibilité à de la psychothérapie) complexifient souvent le portrait clinique.

La communication et la collaboration entre tous les acteurs impliqués dans la gestion de l'invalidité (l'employeur, l'assureur, les autres professionnels de la santé, le patient et le médecin) apparaissent essentielles afin d'intervenir à tous les niveaux et de prévenir des incapacités au travail prolongées.

3.12 Figures

Figure 3.1: Représentation graphique des notions liées à l'incapacité au travail pour une aide à la prise de décision



3.13 Tableaux

Tableau 3.1 : *Description de l'échantillon*

	<i>N</i>	%
Sexe		
Femme	18	78.3
Homme	5	21.7
Années de pratique		
1-5 années	5	21.7
6-10 années	2	8.7
11-15 années	8	34.8
Plus de 15 années	8	34.8
Types de cliniques ^a		
GMF	21	91.3
CLSC	3	13
Urgence	2	8.7
Régions		
Montréal	4	17.4
Québec	5	21.7
Lanaudière	3	13
Outaouais	3	13
Montérégie	2	8.7
Autres	6	26

Note. *N* = 23. Participants had on average 16.8 years of practice (*SD* = 12.3); ^a Some participants worked in more than one clinical setting

Tableau 3.2: *Fréquences des évaluations diagnostiques*

Vignette	Diagnostic	<i>N</i>	%	IC (inf.)	IC (sup.)
1	Trouble de l'adaptation	18	78.3	60.9	91.3
	Anxiété	2	8.71	.00	21.7
	Aucun	3	13	.00	26.1
2	Dépression	20	87	69.6	100
	Trouble de l'adaptation	3	13	.00	30.4
3	Trouble de l'adaptation	15	65.2	43.6	82.6
	Dépression	4	17.4	21.3	34.8
	Anxiété	1	4.3	.00	13.0
	Autre	3	13.0	.00	30.4
4	Trouble substance	13	56.5	34.8	73.9
	Dépression	1	4.3	.00	13
	Trouble substance × dépression	9	39.1	21.7	60.9

Tableau 3.3: *Fréquence des traitements recommandés selon la vignette*

Vignettes	Médication				Psychothérapie				Habitudes de vie			
	<i>N</i>	%	<i>CI</i>		<i>N</i>	%	<i>CI</i>		<i>N</i>	%	<i>CI</i>	
1	14	60,9	39,1	78,3	19	82,6	65,2	95,7	10	43,5	26,1	65,2
2	20	87,0	73,9	100	21	91,3	78,3	100	8	34,8	17,4	56,5
3	11	47,8	26,1	65,2	12	52,2	30,4	73,9	11	47,8	26,2	69,6
4	8	34,8	17,4	52,2	23	100	100	100	3	13	0,0	30,3

Tableau 3.4: *Recommandations de traitements selon le nombre d'années d'expérience et le genre du médecin*

Vignette	Traitement prescrit	Années d'expérience		Sexe	
		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
1	Médication	-0.443	0.034	-.207	.344
	Psychothérapie	-.052	0.812	.036	.869
	Habitudes de vie	.158	0.472	.037	.867
2	Médication	-0.553	0.006	-.204	.350
	Psychothérapie	-.035	0.873	.211	.333
	Habitudes de vie	.083	0.705	-.058	.794
3	Médication	-.291	0.178	-.339	.113
	Psychothérapie	-.281	0.194	-.294	.174
	Habitudes de vie	.338	0.115	.083	.708
4	Médication	-0.456	0.029	.164	.456
	Habitudes de vie	-.0410	0.854	.204	.350

Tableau 3.5: *Fréquence des décisions face à l'arrêt de travail*

Vignette	Non- AT		Accom.		AT		Durée (semaines)						Stat	
	N	%	N	%	N	%	1-2		3-4		5 et +		κ	p
							N	%	N	%	N	%		
1	16	69,6	0	0	7	30,4	5	21,7	2	8,7	0	0	.39	.021
2	0	0	0	0	23	100	5	21,7	10	43,5	8	34,8	1	
3	9	39,1	2	8,7	14	60,9	12	52,2	2	8,7	0	0	.217	.143
4	6	26,1	1	4,3	17	73,9	4	17,4	8	34,8	4	17,4	.390	.021

Note. Non-AT= non arrêt de travail; Accom = accommodement; AT = arrêt de travail; sem = semaine

Tableau 3.6: *Fréquence des éléments de réponse cités en réponse à la question quelles sont les limitations fonctionnelles du patient*

Vignette	Limitations fonctionnelles		Symptômes		Mixte		Aucune		Réponse fournit peu d'information ou non disponible	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	0	0	5	21,7	3	13	14	60,9	1	4,3
2	2	8,7	12	52,2	9	39,1	0	0	0	0
3	0	0	11	47,8	1	4,3	11	47,8	0	0
4	10	43,5	0	0	4	17,4	1	4,3	8	34,8

Tableau 3.7: Explications sous-jacentes à la recommandation ou non d'un arrêt de travail

Vignette	Explication	AT	
		Inapte	Apte
1	Sx	4	1
	Mixte	2	1
	NA	0	14
	Inf ins	1	0
2	LF	2	
	Sx	12	
	Mixte	9	
3	Sx	9	2
	Mixte	1	0
	NA	4	7
4	LF	1	9
	Mixte	1	3
	NA	0	1
	Inf ins	4	4

Note. AT = arrêt de travail; Sx = symptômes; NA = non-applicable; Inf ins : information insuffisante

3.14 Références

- Arrelöv, B., Alexanderson, K., Hagberg, J., Löfgren, A., Nilsson, G., & Ponzer, S. (2007). Dealing with sickness certification – a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC Public Health*, 7(1), 273. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-273>
- Association médicale canadienne. (2017). *Les formulaires des tiers*. https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/e-Panle-Surveys/cma_policy_third_party_forms_update_2017_pd17-02-f.pdf
- Bertilsson, M., Maeland, S., Löve, J., Ahlborg, G., Jr., Werner, E. L., & Hensing, G. (2018). The capacity to work puzzle: a qualitative study of physicians' assessments for patients with common mental disorders. *BMC Family Practice*, 19(1), 133. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0815-5>
- Campbell, A., & Ogden, J. (2006). Why do doctors issue sick notes? An experimental questionnaire study in primary care. *Family Practice*, 23(1), 125-130. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi099>
- Canadian Medical Association. (2013). *The treating physician's role in helping patients return to work after an illness or injury (update 2013)*. <https://policybase.cma.ca/documents/policypdf/PD13-05.pdf>
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Ste-Marie, G., & Chartrand, É. (2018). *L'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux au Québec*. Université de Montréal. [http://www.irspum.umontreal.ca/Portals/0/Atlas_accessibilité\(reduit\).pdf](http://www.irspum.umontreal.ca/Portals/0/Atlas_accessibilité(reduit).pdf)
- Coole, C., Nouri, F., Potgieter, I., & Drummond, A. (2015). Completion of fit notes by GPs: a mixed methods study. *Perspectives in Public Health*, 135(5), 233-242. <https://doi.org/10.1177/1757913915594197>
- Dell-Kuster, S., Lauper, S., Koehler, J., Zwimpfer, J., Altermatt, B., Zwimpfer, T., Zwimpfer, L., Young, J., Bucher, H. C., & Nordmann, A. J. (2014). Assessing work ability - a cross-sectional study of interrater agreement between disability claimants, treating physicians, and medical experts. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 40(5), 493-501.
- Durand, M.-J., Sylvain, C., Fassier, J.-B., Tremblay, D., Shaw, W. S., Anema, J. R., Loisel, P., Richard, M.-C., & Bernier, M. (2017). *Troubles musculosquelettiques Revue réaliste sur les bases théoriques des programmes de réadaptation incluant le milieu de travail*. I. d. r. R.-S. e. s. e. e. s. d. travail. <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-942.pdf?v=2021-05-04>

- Engblom, M., Nilsson, G., Arrelöv, B., Löfgren, A., Skånér, Y., Lindholm, C., Hinas, E., & Alexanderson, K. (2011). Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29(4), 227-233. <https://doi.org/10.3109/02813432.2011.628235>
- Fansi, A., Jehanno, C., Lapalme, M., Drapeau, M., & Bouchard, S. (2015). Efficacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez l'adulte : une revue de la littérature. *Santé mentale au Québec*, 40(4), 141-173. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1036098ar>
- Gerner, U., & Alexanderson, K. (2009). Issuing sickness certificates: a difficult task for physicians: a qualitative analysis of written statements in a Swedish survey. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(1), 57-63. <https://doi.org/10.1177/1403494808097170>
- Government of United Kingdom. (2022). *Getting the most out of the fit note: guidance for GPs*. Department for work and pensions. <https://www.gov.uk/government/publications/fit-note-guidance-for-gps/getting-the-most-out-of-the-fit-note-guidance-for-gps>
- Hinkka, K., Niemelä, M., Autti-Rämö, I., & Palomäki, H. (2018). Physicians' experiences with sickness absence certification in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(8), 859-866. <https://doi.org/10.1177/1403494818758817>
- Hussey, L., Money, A., Gittins, M., & Agius, R. (2015). Has the fit note reduced general practice sickness certification rates? *Occupational Medicine*, 65(3), 182-189. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu207>
- Institut canadien des actuaires. (2019). *Group Long-term Disability Termination Study*. Retrieved 2020 from <https://www.cia-ica.ca/docs/default-source/research/2019/219012e.pdf>
- Kankaanpää, A. T., Franck, J. K., & Tuominen, R. J. (2011). Variations in primary care physicians' sick leave prescribing practices. *European Journal of Public Health*, 22(1), 92-96. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr031>
- Kedzia, S., Kunz, R., Zeller, A., Rosemann, T., Frey, P., Sommer, J., Herzig, L., Alexanderson, K., & de Boer, W. E. (2015). Sickness certification in primary care: a survey on views and practices among Swiss physicians. *Swiss Medical Weekly*, 145, w14201. <https://doi.org/10.4414/smw.2015.14201>
- Kiessling, A., Arrelöv, B., Larsson, A., & Henriksson, P. (2013). Quality of medical certificates issued in long-term sick leave or disability in relation to patient characteristics and delivery of health care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(4), 412-420. <https://doi.org/10.1177/1403494813477928>

- Krohne, K., & Brage, S. (2008). How GPs in Norway conceptualise functional ability: a focus group study. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners.*, 58(557), 850-855. <https://doi.org/10.3399/bjgp08X376131>
- Larouche, C. (2012). Le certificat médical à remplir minutieusement. *Le Médecin du Québec*, 47(7), 73-75. <https://lemedecinquebec.org/Media/116180/073-075Droitaubut0712.pdf>
- Lesage, A., Vasiliadis, H., Gagné, M., Dudgeon, S., Kasman, N., & Hay, C. (2006). *Prevalence of mental illnesses and related service utilization in Canada: An analysis of the Canadian Community Health Survey*. www.ccmhi.ca
- Letrilliart, L., & Barrau, A. (2012). Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: a systematic review. *Eur J Gen Pract*, 18(4), 219-228. <https://doi.org/10.3109/13814788.2012.727795>
- Löfgren, A., Hagberg, J., Arrelöv, B., Ponzer, S., & Alexanderson, K. (2007). Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: a cross-sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scand J Prim Health Care*, 25(3), 178-185. <https://doi.org/10.1080/02813430701430854>
- Maness, D. L., & Khan, M. (2015). Disability evaluations: more than completing a form. *Am Fam Physician*, 91(2), 102-109.
- Mental Health Commission of Canada. (2016). *Making the Case for Investing in Mental Health in Canada*. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-06/Investing_in_Mental_Health_FINAL_Version_ENG.pdf
- Nordling, P., Priebe, G., Björkelund, C., & Hensing, G. (2020). Assessing work capacity - reviewing the what and how of physicians' clinical practice. *BMC Family Practice*, 21(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01134-9>
- Norrmén, G., Svärdsudd, K., & Andersson, D. K. G. (2008). How primary health care physicians make sick listing decisions: The impact of medical factors and functioning. *BMC Family Practice*, 9(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-9-3>
- OECD. (2010). *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles*. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/maladie-invalidite-et-travail-surmonter-les-obstacles_9789264088870-fr#page96
- Rudbeck, M., & Fonager, K. (2011). Agreement between medical expert assessments in social medicine. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(7), 766-772. <https://doi.org/10.1177/1403494811418282>

- Slebus, F. G., Kuijter, P. F. M., Willems, J. H. B. M., Frings-Dresen, M. H. W., & Sluiter, J. K. (2010). Work ability assessment in prolonged depressive illness. *Occupational Medicine*, *60*(4), 307-309. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq079>
- Söderberg, E., & Alexanderson, K. (2005). Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. *Scandinavian Journal of Public Health*, *33*(4), 314-320. <https://doi.org/10.1080/14034940510005798>
- Soklaridis, S., Tang, G., Cartmill, C., Cassidy, J. D., & Andersen, J. (2011). "Can you go back to work?": Family physicians' experiences with assessing patients' functional ability to return to work. *Canadian Family Physician*, *57*(2), 202-209.
- Solli, H. M., & Barbosa da Silva, A. (2019). Physicians in the double role of treatment provider and expert in light of principle-based social insurance medical ethics. *Etikk i praksis - Nordic Journal of Applied Ethics*, *13*, 81-97. <https://doi.org/10.5324/eip.v13i2.2911>
- Starzmann, K., Hjerpe, P., & Boström, K. B. (2019). The quality of the sickness certificate. A case control study of patients with symptom and disease specific diagnoses in primary health care in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *37*(3), 319-326. <https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1639905>
- Sturesson, M., Bylund, S. H., Edlund, C., Falkdal, A. H., & Bernspång, B. (2015). Quality in sickness certificates in a Swedish social security system perspective. *Scandinavian Journal of Public Health*, *43*(8), 841-847. <https://doi.org/10.1177/1403494815597163>
- Sturesson, M., Edlund, C., Fjellman-Wiklund, A., Falkdal, A. H., & Bernspång, B. (2013). Work ability as obscure, complex and unique: Views of Swedish occupational therapists and physicians. *Work*, *45*, 117-128. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1416>
- Sylvain, C., Durand, M.-J., & Maillette, P. (2017). Insurers' Influences on Attending Physicians of Workers Sick-listed for Common Mental Disorders: What Are the Impacts on Physicians' Practices? *Journal of Occupational Rehabilitation*, *28*. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9744-8>
- Vingård, E., Alexanderson, K., & Norlund, A. (2004). Chapter 9. Consequences of being on sick leave. *Scandinavian Journal of Public Health*, *32*(Supplement 63/October 2004), 207-215. <https://doi.org/10.1080/1403495041002189>
- Wahlström, R., & Alexanderson, K. (2004). Chapter 11. Physicians' sick-listing practices. *Scandinavian Journal of Public Health*, *32*(Supplement 63/October 2004), 222-255. <https://doi.org/10.1080/14034950410021826>
- Winde, L. D., Alexanderson, K., Carlsen, B., Kjeldgård, L., Wilteus, A. L., & Gjesdal, S. (2012). General practitioners' experiences with sickness certification: a comparison of survey data

from Sweden and Norway. *BMC Family Practice*, 13, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-10>

CHAPITRE 4

DISCUSSION

Cette thèse doctorale s'intéresse aux pratiques des médecins de famille en contexte de prescription d'un arrêt de travail pour trouble mental. Rappelons que l'étude a été effectuée auprès de 23 médecins de famille provenant de différentes régions administratives du Québec. La thèse est composée de trois articles, «Family physicians' sick-listing practices in relation to mental disorders: A descriptive study», «Towards a better understanding of the main barriers to effective communication with insurers: A family physicians' perspective», «Étude exploratoire par vignettes cliniques auprès des médecins sur la certification d'incapacité au travail liée à des troubles mentaux », qui concernent chacun un volet particulier de leurs pratiques. Pour en faciliter la lecture, le présent chapitre est divisé en six sections. Les trois premières sections revêtent la même forme et correspondent chacune à un récapitulatif de chacune des études. D'abord, les principaux résultats sont synthétisés et situés par rapport à la littérature scientifique. Les contributions de la thèse font l'objet de la quatrième section. Les limites de la thèse constituent l'essentiel de la cinquième section. Enfin, les directions de recherches futures et des réflexions plus générales complètent le chapitre.

4.1 Première étude

Cette première étude propose une analyse descriptive des pratiques, des difficultés et des besoins de formation des médecins de famille du Québec en matière de certification d'une incapacité au travail pour trouble mental et dans un contexte où le tiers payeur est un assureur privé. À titre de rappel, l'étude s'est déroulée auprès de vingt-trois médecins de famille travaillant dans le secteur public. À notre connaissance, seule une étude québécoise menée par Sylvain et collaborateurs (2017) se rapproche un peu de la nôtre en ce sens où les chercheurs ont examiné de manière qualitative la relation médecin-assureur en tentant de dégager si les assureurs influencent les pratiques des médecins. Cette étude ne permettait toutefois pas de décrire les pratiques à l'extérieur de ce cadre ni de documenter l'ampleur de la tâche, les difficultés et les besoins de formation plus généraux. Notre étude a permis de documenter ces aspects.

4.1.1 Certificats d'absence pour raisons médicales : une tâche fréquente et problématique

Les médecins de famille ayant participé à l'étude produisent chaque semaine des certificats d'incapacité au travail pour troubles mentaux. Cela contribue à un manque de temps pour accomplir les tâches connexes pour la quasi-totalité d'entre eux, ce qui est consistant avec ce qui est observé ailleurs dans le monde (Bränström et al., 2013; Hinkka et al., 2018; Lindholm et al., 2010). Malgré la fréquence à laquelle est effectuée cette tâche, les médecins de famille qualifient cette tâche de problématique. Ce résultat abonde dans le même sens que les études d'autres pays (Bränström et al., 2013; Carlsson et al., 2015; Letrilliart & Barrau, 2012; Ljungquist et al., 2015). Toutefois, les médecins de famille québécois sont plus nombreux (82,6 %) à rapporter que cette tâche pose problème sur une base hebdomadaire comparativement à une proportion souvent inférieure à 60 % selon les autres études consultées (Arrelöv et al., 2007; Hinkka et al., 2018; Ljungquist et al., 2015). Ces résultats peuvent possiblement s'expliquer, du moins en partie, par le fait que la présente étude est spécifique aux troubles mentaux pour lesquels il a été avancé que le caractère subjectif des symptômes puisse compliquer l'évaluation (Bachmann et al., 2016). Les différences culturelles ou de politiques face à l'invalidité ne peuvent également pas être écartées comme facteur explicatif.

La perception d'un conflit de rôle, c'est-à-dire d'être le médecin traitant du patient tout en devant assumer un rôle auprès de l'assureur, les divergences d'opinions entre le médecin et le patient ou entre professionnels de la santé sur la pertinence d'un arrêt de travail, les difficultés éprouvées à évaluer si les limitations fonctionnelles affectent la capacité du patient à travailler, la détermination de la durée optimale de l'absence et la gestion des arrêts de travail de longue durée semblent contribuer aux difficultés des médecins de famille. Les résultats de la présente étude s'insèrent bien dans la littérature scientifique, puisque ces difficultés sont partagées par les médecins de famille à l'international (Hinkka et al., 2018; Ljungquist et al., 2015; Löfgren et al., 2007; Swartling et al., 2008).

4.1.2 Certificats d'absence pour raisons autres que médicales

Le quart des participants estiment que chaque semaine, des patients les consultent et souhaitent obtenir des certificats d'absence au travail pour des raisons autres que médicales. Pour 69,5 % d'entre eux, cette situation est qualifiée d'occasionnelle, puisqu'elle se produit une fois par mois à quelques fois par année. Ces résultats sont très similaires à ceux publiés par Engblom et

collaborateurs (2011). Dans leur étude réalisée en Suède, le quart des médecins et un peu plus du deux tiers rapportent avoir une consultation de cette nature au minimum une fois par semaine ou une fois par mois à quelques fois par année, respectivement. Toutefois, nos résultats diffèrent de ceux de l'étude de Kedzia et collaborateurs (2015) menée en Suisse, pour qui seuls 10 % des médecins rencontrent ce type de situation hebdomadairement. Ces résultats peuvent possiblement suggérer des différences culturelles, de juridictions, de politiques ou de traditions médicales.

Dans la présente étude, un peu plus de la moitié des participants (52,2 %) estiment que chaque semaine, des patients les consultent pour obtenir un arrêt de travail alors que la problématique relève plutôt de l'environnement au travail. À cet effet, l'étude qualitative de Engblom et collaborateurs (2010) s'est intéressée aux dilemmes vécus par les médecins de famille en contexte de certification d'une incapacité au travail. Les demandes d'arrêt de travail en raison de difficultés vécues dans le milieu du travail ou dans la vie personnelle du patient sont perçues comme telles (Engblom et al., 2010). Ces types de demande peuvent effectivement constituer une zone grise pour le médecin traitant, surtout que la présence ou l'absence de certains facteurs dans le milieu de travail est reconnue pour nuire au bien-être psychologique des employés et pouvant contribuer à un épisode d'invalidité (Corbière et al., 2016; Holmgren et al., 2013). Toutefois, la reconnaissance du statut « d'invalidé » ne prône pas une approche préventive, mais bien une approche réactive, en ce sens où les travailleurs sont généralement admissibles à des prestations d'invalidité, si et seulement s'ils sont dans l'incapacité d'effectuer les tâches principales de leur emploi. De façon intéressante, Holmgren et collaborateurs (2019) suggèrent que des études devraient se pencher sur la capacité des médecins à identifier précocement les signes du stress au travail dans le but d'intervenir tôt et ainsi tenter de prévenir un arrêt de travail. D'ailleurs, dans la présente étude, près de la moitié des répondants ont indiqué recommander chaque semaine des accommodements pour pallier un arrêt de travail total.

Seuls 4,3 % des participants rapportent rencontrer dans leur pratique hebdomadaire des patients qui refusent un arrêt de travail malgré leurs recommandations. Ces résultats sont positifs, puisqu'à l'opposé de l'absentéisme, il y a le présentéisme. Ce phénomène concerne le travailleur qui se rend au travail, sans toutefois être en mesure d'offrir une prestation pleinement productive en raison de son état de santé (MIST-CAPRIT, 2017; Widera et al., 2010). Le présentéisme surpasse l'absentéisme et ceci n'est pas étonnant si l'on considère que 12 % de la population présente un

trouble mental annuellement et que la majorité continue de travailler (Institut national de santé publique du Québec, 2012). Pourtant, au même titre que l'absentéisme, le présentéisme n'est pas sans conséquences pour les personnes et les organisations (Vänni et al., 2017).

4.1.3 Certificats d'absences et conflits avec le patient

Les conflits avec les patients à propos d'un arrêt de travail sont qualifiés d'occasionnels, soit une fois par mois à quelques fois par an. Pour un peu plus du tiers des participants, ils sont rares ou absents. Ces résultats sont différents de ceux de Engblom et collaborateurs (2011). Dans leur étude, 11,3 % des médecins rapportent des conflits hebdomadaires et 74,6 % les qualifient d'occasionnels. Une interprétation possible de cette différence est qu'au Québec, comme en Finlande (Hinkka et al., 2018), il semble que le refus d'accorder un arrêt de travail sur une base hebdomadaire est rare (4,3 %). Ces données sont différentes comparativement à ce qui est rapporté dans d'autres études, soit 13,9 % (Engblom et al., 2011), 8 % (Kedzia et al., 2015), 10 % et 15 % (Winde et al., 2012). Par conséquent, ils s'exposent probablement à moins de conflits, d'autant plus qu'un peu plus de 15 % rapportent prolonger des absences afin de les éviter. Ces résultats soulèvent néanmoins des questionnements éthiques ou déontologiques.

4.1.4 Prolongation d'un arrêt de travail et facteurs externes

Dans leurs pratiques respectives, les médecins de famille prolongent chaque mois des arrêts de travail en raison de facteurs externes. Les délais d'attente pour accéder à de la psychothérapie ou à une évaluation psychiatrique sont parmi les motifs les plus souvent cités, similaires à ce qui est rapporté dans la littérature scientifique (Hinkka et al., 2018; Létrilliart & Barrau, 2012; Von Knorring et al., 2008). Chaque mois, 60,9 % des médecins prolongent des arrêts de travail en raison des délais chez l'employeur pour instaurer des accommodements. Bien que les résultats de l'étude de Arrelöv et collaborateurs (2007) décrivent aussi ce défi, il semble toutefois moins important que dans la présente étude puisqu'il touche que le tiers des médecins.

4.1.5 Besoins de formation

Les analyses montrent que la majorité des médecins de famille considèrent que leur programme de formation ne les prépare pas suffisamment à gérer les certifications d'arrêt de travail. Ces résultats ne sont pas surprenants, puisqu'ils font écho aux multiples études consultées (Ljungquist et al.,

2015; Löfgren et al., 2011; Maness & Khan, 2015; Roope et al., 2009; Walters et al., 2010; Winde et al., 2012). D'ailleurs, certaines d'entre elles suggèrent que des formations doivent être développées ou intégrées davantage dans le curriculum des étudiants en médecine (Kedzia et al., 2015).

4.2 Deuxième étude

Cette deuxième étude consignée dans le troisième chapitre de cette thèse a pour but de mieux décrire la communication et la collaboration entre les assureurs et les médecins, selon la perspective de ces derniers, mais également de sonder leur opinion sur la pertinence de développer des outils technologiques pour faciliter les échanges. Les résultats de l'étude sont consistants avec ceux d'autres études (Brijnath et al., 2014; Kilgour et al., 2015; Mazza et al., 2015; Pomaki et al., 2010; Pransky et al., 2004; Reynolds et al., 2006), puisque les contacts et la collaboration sont qualifiés de peu fréquents par une grande proportion des répondants. Or, les résultats suggèrent une ouverture à la collaboration, puisque des participants croient que plus de contacts pourraient être bénéfiques. Ces résultats sont encourageants, car les bienfaits d'une telle attitude sont soutenus par un créneau de recherche grandissant (Corbière et al., 2019; Frank et al., 1998; Loisel et al., 2005; Pomaki et al., 2010; Reynolds et al., 2006; Russell & Kosny, 2019).

4.2.1 Obstacles à la communication

L'étude a permis de dégager les difficultés les plus susceptibles d'entraver cette collaboration, dont l'investissement de temps que cela requiert, les heures d'opération des assureurs qui ne coïncident pas avec les disponibilités des médecins, le format des formulaires qui ne permet pas toujours d'intégrer toute l'information souhaitée ou encore des demandes d'informations jugées superflues et la perception que les assureurs manquent de mesures de réadaptation. Cette dernière observation est étonnante, puisque les assureurs ont des programmes dédiés à la réadaptation au travail. Bien que ces résultats peuvent suggérer une collaboration déficiente ou encore des mesures de réadaptation timides de la part de l'assureur, il faut réitérer que 52,2 % des médecins perçoivent que les questionnaires de cas remettent en question leurs évaluations, ce faisant leur compétence, et que le quart rapporte avoir une perception négative des assureurs.

4.2.2 Communication électronique

Enfin, pour pallier, du moins partiellement, ces difficultés, l'étude visait à sonder l'opinion des médecins de famille quant à la pertinence d'une application web de transmission de l'information. Les résultats montrent que la majorité des participants accueillent favorablement cette idée et que des bénéfices, dont une économie de temps et des réponses plus rapides, sont perçus. La section portant sur les contributions de cette thèse élaborera davantage sur la forme que pourrait revêtir une telle application.

4.3 Troisième étude

À titre de rappel, la troisième étude qui peut être retrouvée sous le troisième chapitre, vise à décrire les pratiques des médecins de famille du Québec relatives à la prescription d'un arrêt de travail pour trouble mental, incluant le type d'interprétation qu'ils font de la notion de limitations fonctionnelles. Pour s'y faire, des vignettes cliniques sont développées. Même si l'intérêt principal de cette étude est centré autour de la prescription ou non d'un arrêt de travail, de sa durée et des limitations fonctionnelles, les médecins devaient tout de même préciser le diagnostic et le traitement afin d'émuler le plus possible les formulaires des assureurs. Les données obtenues permettent plusieurs observations. D'abord, les auteurs des vignettes ont volontairement omis d'indiquer le type d'emploi occupé par le patient de la première vignette. Cette omission visait à déterminer si les médecins allaient en tenir compte dans leur évaluation. À notre surprise, seul un médecin a indiqué ne pas pouvoir se prononcer sur la nécessité d'un arrêt de travail ou sur les limitations fonctionnelles en raison d'un manque d'information quant au type d'emploi occupé. Bien que nous concevions que l'analyse des limitations fonctionnelles et de la capacité à effectuer les tâches essentielles d'un emploi n'appartienne pas d'emblée au médecin, la recherche systématique de renseignements sur la sphère professionnelle pourrait permettre de faciliter son évaluation. Par exemple, certains des médecins de famille ont recommandé un arrêt de travail pour le patient de la vignette 1 en spécifiant qu'il est difficile pour le patient de quitter la maison. Il est possible de se demander si l'évaluation serait la même si le médecin apprenait que la personne effectue du télétravail.

4.3.1 Traitements recommandés

Les données permettent également de constater que la psychothérapie est fortement recommandée comme modalité de traitement. Cependant, il convient de mentionner que les conditions présentées par les patients dans les vignettes sont généralement traitées en première intention par de la psychothérapie. Toutefois, selon nos analyses, les médecins ayant le plus d'années d'expérience sont plus enclins à prescrire de la médication, toutes molécules confondues. Nous n'avons pas d'explications fermes ou définitives à proposer, mais une étude menée au Maroc obtient des résultats similaires. Les médecins âgés de 51 ans et plus sont ceux qui prescrivent le plus d'antidépresseurs (Tabril et al., 2021). Un mémoire de maîtrise à devis qualitatif s'étant intéressé aux facteurs non médicaux pouvant influencer les professionnels quant à la prescription d'antidépresseurs montre que certains médecins admettent avoir acquis avec les années une plus grande expertise et être plus à l'aise de prescrire de la médication comparativement en début de carrière (McKay, 2008). Par ailleurs, l'une des auteurs ayant participé au troisième article et qui enseigne à la Faculté de Médecine de l'Université Laval propose comme hypothèse clinique que l'attitude paternaliste qui, historiquement, dominait la pratique est graduellement remplacée par un modèle de prise de décision partagée. Des articles traitent en effet de l'importance d'un modèle de partage de décision ou encore de faire preuve de compétence sociale plus grande, soit de favoriser l'interaction entre le patient et le médecin, et ce, même si une distance sociale existe (Loignon & Boudreault-Fournier, 2013; Thériault et al., 2020). De plus amples études avec une taille d'échantillon plus grande permettraient de confirmer si cette association demeure. Dans l'affirmative, des études subséquentes pourraient s'avérer nécessaires pour déceler les déterminants responsables.

4.3.2 Recommandations d'un arrêt de travail

Sauf pour la vignette 2 qui fait l'objet d'un consensus, la recommandation d'un arrêt de travail pour un même patient, varie selon les participants. Il semble que la présentation d'un patient très symptomatique maximise le consensus, alors que les vignettes qui incluent des patients avec des symptômes plus ou moins bien définis sont plus sujettes à des différences d'opinions. Des accommodements comme alternative possible à un arrêt de travail complet sont recommandés à trois reprises, par trois participants différents. Il apparaît important de faire un parallèle avec les résultats obtenus dans le premier article de cette thèse. Dans la première étude, une proportion de

43,5 % des médecins de famille rapportent qu'il est de leur pratique courante (1 à 5 fois par semaine) de proposer des accommodements comme alternative à un arrêt de travail complet. Or, dans la troisième étude de cette thèse, nous pouvons constater que les recommandations d'accommodements sont bien en deçà des 40 %. En fait, elles sont plutôt rares, et ce, même si certaines vignettes auraient sans doute davantage bénéficié d'accommodements que d'un arrêt de travail complet. Il convient toutefois de préciser que la question qui portait sur la recommandation d'un arrêt de travail offrait deux seules options de réponse, soit « oui » et « non ». Il est possible que certains participants se soient sentis contraints de répondre par l'un des deux choix offerts sans se donner la permission de déroger et ainsi proposer des accommodements.

4.3.3 Interprétation de la notion de limitations fonctionnelles

Cette étude tend à démontrer que la notion de limitations fonctionnelles semble interprétée différemment selon les participants, ce qui représente une contribution importante de l'étude. Pour beaucoup, elle semble correspondre à la notion de symptômes et ne permet pas de bien comprendre en quoi la personne est limitée dans ses activités. Ces résultats ne sont pas surprenants si l'on se réfère aux quelques études disponibles qui concluent sur des observations similaires (Söderberg & Alexanderson, 2005; Starzmann et al., 2019; Sturesson et al., 2015). Considérant que l'assureur utilise cette information pour déterminer l'admissibilité d'une personne à des prestations d'invalidité en tâchant d'établir si celle-ci est en mesure ou non d'effectuer les tâches principales de son emploi, l'énumération de symptômes plutôt que de limitations fonctionnelles peut avoir de fâcheuses conséquences pour le travailleur, dont un refus de se voir verser des prestations. Par ailleurs, bien que l'étude ne vise pas à évaluer l'exactitude des réponses, certaines des limitations fonctionnelles rapportées soulèvent toutefois des questionnements, surtout si l'on considère le fonctionnement quotidien et les éléments de l'examen mental disponibles dans la vignette. Les résultats de cette étude sont en lien avec ceux de la première étude puisque les médecins perçoivent qu'il est difficile d'évaluer la sévérité des limitations fonctionnelles et leurs répercussions sur la capacité à travailler.

4.4 Contributions de la thèse

La principale force de cette étude est son caractère original. Au meilleur de nos connaissances, aucune étude au Québec n'a visé à décrire de façon aussi extensive les pratiques, les difficultés et

les besoins des médecins de famille en contexte de certification d'incapacité au travail pour troubles mentaux communs. La majorité des connaissances disponibles sur cette thématique proviennent des pays scandinaves et cette étude permet donc de dresser un portrait de la situation québécoise. Cette étape est fondamentale, puisqu'un portrait détaillé de la situation permettra de dégager des solutions pratiques axées sur les besoins les plus criants. Bien que le portrait soit similaire à celui de la Suède, des différences sont trouvées, notamment en ce qui a trait à la survenue de conflits et aux motifs allégués de prolongation d'absences au travail. La présente recherche permet aussi de mieux vérifier l'engouement des médecins de famille pour une application web visant à faciliter la communication entre eux et les assureurs. Puisque l'étude montre un besoin et qu'ils sont très réceptifs à une telle approche, cela devrait encourager le développement d'outils technologiques. Enfin, nous n'avons pas répertorié d'étude au Québec qui se soit intéressée à l'évaluation des variabilités entre médecins quant à la prescription d'un arrêt de travail pour un même patient et ni même à la façon dont ils rapportent ou interprètent la notion des limitations fonctionnelles, le cas échéant. Cette thèse présente donc l'avantage d'être la première à documenter ces aspects. Le fait que les résultats permettent de conclure que les limitations fonctionnelles sont bien souvent décrites en termes de symptômes est en soi une contribution majeure.

4.4.1 Contributions de la première étude

Les résultats de la première étude sont intéressants, puisqu'ils mettent en lumière que le programme de formation actuel ne semble pas outiller les médecins de famille, voire les préparer suffisamment à cette tâche, qui pourtant, occupe une proportion importante de leur temps. La préface rédigée par le Docteur Jean-Robert Turcotte, et tirée du livre *Du trouble mental à l'incapacité au travail* abonde dans le même sens en insistant sur le fait que

Durant sa formation, le médecin n'aura été que sporadiquement mis en contact avec une littérature médicale qui lui a donné quelques notions sur la prévention des pathologies du travail. Ce n'est qu'une fois rendu à la résidence que, pour la première fois, il fait face à la réalité : un de ses patients lui demande un billet d'invalidité ; alors que faire ? Curieusement, on ne lui a jamais parlé de la question de l'arrêt de travail, du retour ou de la réintégration. Même s'il se tourne vers son patron, ce dernier ne pourra pas lui fournir beaucoup de conseils. En effet, les médecins n'ont pratiquement aucune connaissance en santé mentale au travail. Ils ont appris qu'il fallait traiter le trouble anxieux ou le trouble dépressif et que le reste allait de soi : le patient allait réintégrer son emploi sans autres formalités (Turcotte, 2011, VIII).

Bien que certaines Facultés de médecine, comme celle de l'Université Laval, offrent des capsules théoriques sous forme de lecture sur la gestion des incapacités au travail, il est fort probable qu'elles ne soient pas suffisantes compte tenu de la complexité du phénomène (Université Laval, 2008). Pour l'heure, la présente recherche suggère des besoins de formation que nous pouvons regrouper selon trois axes. Le premier s'articule autour d'une meilleure compréhension des rôles et responsabilités de tous les acteurs impliqués dans la gestion de l'invalidité, d'un aperçu général des critères d'admissibilité, des programmes de réadaptation offerts et des aspects légaux et administratifs. Le deuxième axe porte sur des besoins plus relationnels comme de la formation portant sur la gestion de conflits et la relation patient-médecin. Enfin, le troisième axe touche le domaine de l'évaluation de la capacité à travailler du patient. En effet, les participants indiquent qu'il est difficile d'évaluer les limitations fonctionnelles et leur impact sur la capacité à travailler du patient. Sur ce plan, deux observations tirées de la thèse peuvent guider la pratique. D'abord, les résultats de la troisième étude montrent que l'investigation de la sphère professionnelle ne semble pas pratique courante, puisqu'un seul des 23 participants a indiqué ne pas pouvoir spécifier les limitations fonctionnelles en raison d'un manque de renseignements quant au type d'emploi occupé par le patient. Ces résultats appellent au développement d'un volet de formation qui porte sur l'importance d'obtenir un minimum d'informations sur le milieu de travail comme le type d'emploi, les tâches, l'horaire, la disponibilité des accommodements et les obstacles possibles au retour (Bertilsson et al., 2018; Durand et al., 2017). Bien que cette recherche d'informations puisse sembler lourde au premier abord, avoir un maximum de renseignements dès le début de l'absence pourrait mieux orienter les prochaines actions et possiblement éviter des prolongations d'arrêt de travail. Puis, l'autre volet consiste en la formation des médecins aux outils d'évaluation actuellement disponibles, mais appelle aussi au développement de plus amples mesures. Par exemple, le questionnaire PHQ-9 a été corrélé au degré de fonctionnement. Les pistes de solution dégagées par la présente recherche coïncident ainsi avec celles d'autres études qui proposent également de mettre des efforts dans le développement d'instruments standardisés, dans la formation et de mieux démystifier l'invalidité (Hinkka et al., 2018; Mazza et al., 2015; Meershoek et al., 2007; Nordling et al., 2020). Pour parvenir à ces fins, les médecins souhaiteraient la tenue de conférences ou de séminaires, des contacts avec des pairs ayant une expertise en assurance et des cours formels en médecine de l'assurance. Ainsi, les présents résultats peuvent intéresser à la fois les Facultés de Médecine, les programmes de deuxième cycle ou les organisations chargées de

la formation continue telle que la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, mais aussi les assureurs. De façon intéressante, tel que rapporté par Löfgren et collaborateurs (2011), le bureau de l'assurance a offert à des médecins suédois une formation. Pour le tiers des participants, cette formation est jugée comme aidante. Ainsi, les assureurs pourraient considérer offrir des conférences ou des ateliers sur les renseignements qui leur sont nécessaires à l'évaluation d'un dossier, sur l'interprétation qu'ils font de l'information reçue et des services disponibles. Considérant que les médecins sont favorables à plus de contacts avec les assureurs, il y aurait ici une occasion pour les assureurs de créer un pont vers la collaboration. D'ailleurs, puisque plus de la moitié des répondants avaient l'impression que les assureurs ne facilitent pas des mesures de réadaptation, il pourrait s'agir d'une opportunité pour eux d'en informer les médecins. Une compréhension des rôles et responsabilités de chacun semble la base et elle pourrait assurer une meilleure collaboration pour le bénéfice du travailleur et éviter un travail en silo. Les assureurs pourraient penser développer un feuillet explicatif ou une lettre aux médecins qui serait jointe au formulaire d'invalidité afin de décrire les différents services qu'ils peuvent offrir et comment joindre le gestionnaire de cas responsable du dossier du patient. Ils pourraient également élaborer une section claire portant sur les accommodements disponibles (si connus) ou ouvrir sur le sujet afin que le médecin puisse connaître les différentes autres options à l'arrêt de travail complet, si la condition médicale le permet. De façon similaire, un médecin de famille collabore actuellement avec des assureurs afin de développer un petit guide informatif à l'intention des patients dans le but de les informer du processus et de l'importance de prendre soin de soi et de demeurer en contact avec le milieu de travail.

Les résultats mettent aussi en lumière un phénomène fréquent rencontré ici comme ailleurs, soit les difficultés d'accès à des traitements psychologiques (Fansi & Jehanno, 2015; Rothermund et al., 2016). Le rapport produit au nom de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2015) souligne que l'accessibilité humaine et monétaire à la psychothérapie est restreinte, notamment en raison du peu d'effectifs concentré dans le réseau public. Le contexte actuel de l'accès aux soins psychologiques dans le secteur public est tel qu'un délai de 6 à 24 mois peut s'écouler avant qu'une personne puisse être vue par un psychologue (Coalition des psychologues du réseau public québécois, 2020). Ces délais poussent certains de nos participants à prolonger la durée de l'absence au travail de leurs patients, faute de rendez-vous. Pourtant, de nombreuses

organisations offrent des programmes d'aide aux employés et à leur famille (PAEF) ou des programmes d'assurances collectives couvrant l'accès à des soins, dont la psychothérapie. Sur le plan des retombées pratiques, les médecins de famille pourraient bénéficier d'une séance d'information sur les programmes d'aide aux employés et à leur famille et sur les assurances collectives, car certains offrent des bénéfices généreux. Encore une fois, le manque de communication peut être au cœur du problème. Dans un second temps, ils pourraient considérer la pertinence de systématiquement questionner le patient sur ses possibles couvertures et l'inviter à communiquer avec ses ressources humaines ou avec son assureur en cas de doute sur ses couvertures. Enfin, la majorité des assureurs ont un programme de réadaptation interne à partir duquel ils peuvent offrir des outils et du soutien aux employés dans le but d'en faciliter le rétablissement et le retour au travail (Cousineau & Auclair, 2020; Manuvie, 2021). D'ailleurs, de plus en plus de programmes en ligne basés sur les principes de la thérapie cognitive comportementale sont maintenant offerts par des assureurs ou compris sous les régimes d'avantages sociaux. L'avantage de tels modules est qu'ils intègrent très tôt des éléments axés sur le retour au travail.

Bien que ces suggestions soient apportées ici sous un angle de bienveillance envers le travailleur dans un contexte où l'accès aux soins est difficile et dans l'optique d'intervenir proactivement avant que ne se chronise un trouble, il est bien évident que les logiques d'action des médecins et des assureurs ne convergent pas, du moins pas tout à fait. D'un côté le médecin souhaite un retour à la santé et de l'autre, l'assureur souhaite un retour au travail. Somme toute est de constater que l'un ne va pas sans l'autre. Bien entendu, l'assureur ne peut se substituer à l'état et offrir des services illimités d'intervention sans qu'il y ait un objectif de retour au travail dans un avenir plus ou moins rapproché, car l'assureur reste avant tout une organisation. Cependant, les assureurs pourraient avoir un intérêt à mener des études pilotes afin de déterminer si une implication plus tôt dans le processus, par exemple en présence de limitations fonctionnelles modérées à sévères permettrait d'aider la personne plus rapidement, ce qui se traduira par un retour au travail plus rapide plutôt que d'attendre que la personne manifeste des signes d'amélioration avant d'entamer une telle démarche. Par exemple, une étude ayant porté sur la lombalgie montrait qu'une intervention du gestionnaire de dossier entre les 4^e et 12^e semaines était plus susceptible d'être aidante, offrait un rapport coût-bénéfice et permettait de limiter la chronicité (Frank et al., 1998).

Les assureurs auraient tout avantage à déterminer si une telle approche en santé psychologique peut avoir un rapport coût-bénéfice intéressant, mais également aider à humaniser les rapports et ainsi faciliter les collaborations entre les acteurs pour le bénéfice du patient. Par contre, il est tout à fait concevable que les médecins et même les patients puissent avoir des doutes quant aux intentions du tiers parti. Toutefois, il convient de rappeler que les références à des services d'intervention en ergothérapie ou en psychothérapie sont faites à des professionnels de la santé, qui eux, se doivent de respecter des principes éthiques et déontologiques et d'agir dans l'intérêt du patient. Pour l'assureur, une façon de se souscrire à ce qui peut avoir l'apparence d'un conflit d'intérêt pourrait être de rembourser directement le professionnel de la santé sélectionné par le patient.

Sur une note positive, Dre Cameron, médecin de famille de l'Université Laval effectue un projet pilote au sein de son GMF. Elle travaille de concert avec une travailleuse sociale et lorsqu'un patient est en arrêt de travail pour trouble mental commun, la travailleuse sociale offre un suivi rapide au patient. Ils ont élaboré un service d'intervention dans lequel la discussion entourant le travail fait parti des suivis et ils tentent avec le patient de comprendre ce qui se passe (p.ex. les barrières au travail) et ce qui peut être fait (recherche de solutions) pour faciliter le rétablissement et le retour au travail. Cette approche est intéressante et mériterait de faire l'objet d'une recherche afin de voir ses effets.

4.4.2 Contributions de la deuxième étude

Bien que brève, la deuxième étude a le potentiel d'avoir des implications pratiques concrètes qui pourraient révolutionner la gestion de l'invalidité. Comme écrit dans l'article, l'ère est à la transformation digitale et les assureurs pourraient saisir cette opportunité pour optimiser leurs façons de faire et ainsi développer des applications web permettant l'échange de données. D'ailleurs, il semble qu'un groupe de chercheurs indépendants du nôtre milite également en faveur d'une application web axée sur les interactions et la communication entre les acteurs dans le but de favoriser un rétablissement et un retour au travail (Corbière et al., 2021), ce qui ajoute de la valeur à l'idée proposée ici. Une telle application pourrait poser plusieurs avantages à la fois pour le médecin et pour les assureurs. Puisque les formulaires génériques sont perçus comme étant plus ou moins adéquats par les médecins, des formulaires électroniques personnalisés selon l'évolution du dossier d'invalidité pourraient être plus pertinents. Ils auraient pour avantage de réduire le nombre

de questions, mais aussi de diminuer le temps nécessaire à la rédaction de tels rapports. Par ailleurs, la validation des données permettrait de prévenir la soumission de formulaires incomplets, situation qui arrive trop souvent et qui cause des retards dans le traitement des dossiers (Bird, 2011; Kiessling, Arrelöv, Larsson, & Henriksson, 2013; Söderberg & Alexanderson, 2005). La technologie évolue rapidement et de plus en plus de médecins ont des notes cliniques informatisées. Pourrait-on éventuellement envisager qu'une partie des notes cliniques puissent s'intégrer facilement dans les formulaires médicaux ? Pourrait-on envisager que des questionnaires comme le WHODAS fasse partie de l'évaluation après un certain temps d'arrêt de travail? Pour l'assureur, obtenir des données électroniques sauverait du temps dans la transcription de données et faciliterait la lecture de documents parfois illisibles. Si les avancées technologiques le permettent, un outil qui intégrerait les informations médicales et qui offrirait des notifications aux utilisateurs et gestionnaires de cas pour une gestion de l'invalidité plus proactive et en temps réel pourrait être envisagé. Par exemple, si le traitement est modifié beaucoup en peu de temps et que des limitations fonctionnelles demeurent importantes, le logiciel pourrait soulever des pistes d'action au gestionnaire du dossier telles qu'offrir au médecin traitant une consultation avec le médecin psychiatre ou encore offrir une expertise médicale indépendante dans le but d'aider à l'optimisation du traitement. À l'ère de l'intelligence artificielle et des mégadonnées, l'accès à de l'information numérique en grande quantité permettrait d'utiliser ces données pour entraîner des algorithmes qui pourraient aider à une gestion de l'invalidité plus efficace dans un futur rapproché. Bien évidemment, ces changements ne s'opéreront pas rapidement compte tenu la taille de ces entreprises, mais aussi de l'étendue de la tâche. Compte tenu du caractère sensible des données, il faudra que des mesures strictes soient déployées pour en assurer la confidentialité. Enfin, cet outil pourrait prendre la forme d'un graphique ou d'une ligne de temps qui permettrait de suivre facilement l'évolution d'un dossier. Bien que ces suggestions semblent articulées en faveur de l'assureur, il est évident qu'elles posent des avantages à toutes les parties prenantes c'est-à-dire aux patients, médecins, assureurs et employeurs. Un formulaire sans omission, par exemple, permettrait un traitement plus rapide puisqu'il éviterait des demandes de précisions ou encore préviendrait un refus faute d'informations suffisantes, ce qui sera positif pour l'assureur, pour le médecin et pour le patient. Un second exemple, l'intelligence artificielle pourrait rendre le processus plus efficient et nécessiter moins de travail administratif, ce qui en revanche, permettrait au médecin de passer plus de temps avec les patients.

Contributions de la troisième étude

Enfin, les contributions du troisième article sont surtout pratiques. Celui-ci permet de montrer que les médecins ne sont pas unanimes sur la pertinence de recommander à un même patient un arrêt de travail. Ces résultats ouvrent donc la porte à des études sur de plus grandes populations de professionnels de la santé afin de mieux comprendre ces différences ou s'il existe des déterminants susceptibles d'influencer les recommandations. Cette avenue sera élaborée dans la section qui porte sur les perspectives de recherches futures. Cet article a aussi permis de relever que l'interprétation que font les médecins de famille de la notion de limitations fonctionnelles est variable. Pour beaucoup, elle est synonyme de symptômes, alors que dans les faits, elle est distincte. L'ajout de la définition de limitations fonctionnelles sur tous les formulaires d'assurance pourrait faire partie de la solution, mais ne saurait pallier l'importance d'offrir une formation sur le sujet et de développer davantage d'outils visant à mieux mesurer le concept. Enfin, les résultats de la troisième étude suscitent des réflexions quant au choix même du vocable utilisé dans le domaine. Par exemple, le modèle de la CIF utilise les concepts suivants : déficiences, limitations d'activités et restrictions de participation alors que les termes usuels en gestion de l'invalidité sont limitations fonctionnelles, incapacité au travail ou encore invalidité. Harmoniser les termes afin qu'ils soient alignés à la fois avec la communauté médicale et de l'assurance pourrait contribuer à un langage commun, qui aurait possiblement comme effet de faciliter la communication.

4.5 Limites

Cette étude n'est pas exempte de limites. Une première limite concerne le petit nombre de participants qui ne permet pas une généralisation des résultats obtenus à l'ensemble des médecins de famille du Québec, et ce, malgré les efforts continus et soutenus de recrutement. Le portrait brossé pourrait ne pas être représentatif des médecins à l'échelle de la province, puisque ceux ayant choisi de participer peuvent se distinguer de leurs pairs par un intérêt marqué pour le sujet ou encore, par leur difficulté ou leur désir d'améliorer le processus. Toutefois, le fait que les résultats soient similaires à ceux des études menées ailleurs, notamment dans les pays scandinaves, leur confère une plus grande validité. À titre informatif, pour recruter les 23 participants, l'auteur de la thèse a rejoint près de 100 cliniques médicales par courriel et/ou téléphone. Il importe toutefois de souligner que dans très peu de cas, la secrétaire médicale ou le responsable administratif de la

clinique nous a permis de discuter avec le directeur de la clinique. Ainsi, il est possible que le message n'ait pas été relayé aux personnes concernées. D'ailleurs, des auteurs suggèrent que ce contact indirect par l'entremise de secrétaires peut effectivement être une barrière au recrutement (Scott et al., 2011). Devant le petit nombre de répondants, l'auteure a rejoint plusieurs Associations médicales qui ont accepté de diffuser la fiche du projet. Une légère hausse s'est observée sur le plan du recrutement, mais devant le nombre stagnant d'inscriptions, l'auteure a entamé des démarches pour établir un contact avec le directeur de la formation continue de la FMOQ. Le projet leur a été présenté lors d'une rencontre à l'automne 2019. À la suite de cette rencontre, la FMOQ a accepté de partager notre fiche de recrutement électronique dans leur communication mensuelle aux membres. Devant le faible taux de participation, nous avons consulté la littérature scientifique qui porte sur le recrutement de médecins aux études (Asch et al., 1997; Cho et al., 2013; Johnston et al., 2010; Parkinson et al., 2015; Taylor & Scott, 2018; VanGeest et al., 2007). La situation avec laquelle nous avons dû composer n'est pas unique à la présente recherche, puisqu'il est établi que le taux de participation des médecins de famille est souvent inférieur à celui rencontré dans la population générale et que ce portrait s'est accentué dans les dernières années (Asch et al., 1997; Cho et al., 2013). Par exemple, Parkinson et collaborateurs (2015) ont tenté de recruter des médecins pour leur étude. Dans la phase initiale de leur projet, ils ont envoyé des questionnaires à 2696 médecins et seuls 21 d'entre eux les ont complétés. Puisque leur étude s'intéressait aux facteurs permettant d'accroître la participation des médecins à des études, les auteurs ont évalué les effets des mesures subséquentes mises en place pour l'augmenter. L'étude conclut sur l'importance d'envoyer une lettre de rappel, d'envoyer une copie papier du questionnaire, et ce, même si un lien internet est disponible, et de considérer offrir des incitatifs comme des cartes cadeaux. Notre laboratoire ne disposait pas d'un budget permettant d'offrir des compensations financières, mais nous avons misé sur les lettres de rappel, stratégie jugée efficace. Ainsi, deux rappels subséquents ont été faits par la FMOQ et cela a contribué à augmenter le nombre de participants. Il importe toutefois de spécifier qu'il est possible que des médecins de famille n'aient pas lu les communications mensuelles transmises par la FMOQ. Au début 2020, une réflexion s'est amorcée quant à la pertinence de mener une quatrième campagne de recrutement. À la base de cette réflexion, le principe éthique selon lequel des chercheurs s'engagent à ne pas solliciter indûment des participants. Puis, la pandémie s'est déclarée. Pour des raisons évidentes, nous avons fait le choix d'y mettre fin, d'autant plus que notre population d'intérêt est les médecins. Dans sa forme

initiale, l'étude prévoyait recruter des étudiants en médecine afin de comparer les pratiques, difficultés et besoins. Malgré les tentatives de rejoindre les quatre Facultés de médecine du Québec (Université Laval, Université McGill, Université de Montréal, Université Sherbrooke) pour diffusion du projet, les associations étudiantes et même la revue des étudiants en médecine de McGill, le taux de réponse était presque nul, soit un seul répondant. Nous avons choisi d'investir nos efforts dans le recrutement des médecins de famille et de ne pas poursuivre le recrutement auprès des étudiants en médecine.

Une autre limite de l'étude est la répartition inégale des participants de sexe féminin (18) et masculin (5), ce qui peut avoir introduit un biais. En effet, certaines études suggèrent que les femmes médecins prescrivent plus fréquemment des arrêts de travail que leurs pairs du sexe opposé (Englund et al., 2000; Svärdsudd, 2000).

Le questionnaire utilisé dans l'étude a fait l'objet d'une traduction maison et d'un prétest auprès d'un psychiatre et de deux psychologues afin de s'assurer que les questions soient compréhensibles. Toutefois, sur le plan méthodologique, il n'a pas fait l'objet d'une traduction parallèle inversée, ce qui peut être vu comme une limite. De futures études pourraient être menées en ce sens. En rétrospective, nous réaffirmons notre choix, puisqu'il est fort probable que la formation d'un comité dans lequel des médecins auraient été nécessaires en plus des deux prétests recommandés auraient compliqué davantage le recrutement.

Les études 1 et 2 reposent sur des données autorapportées. Ainsi, il est possible que les éléments de réponse ne reflètent pas tout à fait les pratiques réelles des médecins en raison du phénomène de désirabilité sociale souvent inhérent à ces méthodes de collecte de données ou encore, que le rappel soit affecté. Quant à la troisième étude, elle repose sur des vignettes cliniques. Il est bien évident que celles-ci ne peuvent pas compenser pour la relation médecin-patient qui existe dans la pratique. Bien que l'utilisation de vignettes soit généralement bien acceptée (Converse et al., 2015) et que les réponses offertes aux vignettes cliniques concordent généralement avec ce qui est fait en pratique, Veloski et collaborateurs (2005) soutiennent que malgré tout, des doutes demeurent dans la littérature scientifique (Jones et al., 1990). En participant, les médecins savent qu'ils sont évalués, ce qui fait en sorte que l'effet de la désirabilité sociale sur leurs réponses ne peut être exclue. Toutefois, une attention particulière aux règles de base a été accordée aux vignettes tout au long de

leur développement (Converse et al., 2015; Veloski et al., 2005). Les vignettes développées sont réalistes et leur niveau de complexité est similaire à celui de la vie de tous les jours. Nous avons pris soin de mettre des éléments de l'examen mental et de faire évaluer nos vignettes par des experts. Des prétests sont aussi effectués. Enfin, nous avons pris le soin d'indiquer que le but est d'évaluer les pratiques en général et les questions posées étaient majoritairement ouvertes, ce qui est reconnu comme une excellente mesure pour augmenter la validité de critère (Converse et al., 2015). En effet, des questions ouvertes ne donnent pas d'indices sur ce qui est attendu et laissent tout l'espace nécessaire au participant pour élaborer sa réponse. L'utilisation des vignettes cliniques a aussi l'avantage de pouvoir assurer un meilleur contrôle et ainsi mieux évaluer les variations dans les pratiques pour un même et unique cas. En termes de temps, il est moins coûteux de recourir à cet instrument qu'aux véritables dossiers cliniques.

Enfin, l'intention de départ prévoyait contrôler pour un potentiel effet de genre du patient sur le médecin, en offrant deux versions de vignettes (version A et B). Ainsi, la version A offre des vignettes dont les deux premières histoires mettent en action des personnages aux prénoms féminins et les deux dernières aux prénoms masculins alors que la version B propose le contraire. Il importe de spécifier que seulement 7 des 23 participants ont répondu à la version B car dès que la FMOQ a accepté de nous aider dans le recrutement il a fallu offrir un lien unique menant directement au questionnaire. Cette contrainte ne nous a pas permis d'effectuer une alternance entre les versions. Nous avons choisi de créer le lien unique vers la version A étant donné le plus grand nombre de répondants déjà initié. En raison du petit nombre de participants qui a complété la version B, nous n'avons pas fait de distinction au niveau des analyses. En somme, les difficultés de recrutement et les modalités de recrutement ont fait en sorte que nous avons dû nous contraindre à utiliser qu'une seule des deux versions, soit la A.

4.6 Perspectives de recherches futures et pistes de réflexion

Les différentes limites soulignées et les pistes de réflexion qu'offre cette thèse permettent de proposer des perspectives de recherches futures. Pour l'heure, nous n'avons que très peu d'informations sur la description des pratiques, des difficultés et des besoins des médecins de famille en contexte de certification d'incapacité au travail au Québec. Cette recherche contribue à une meilleure description de la situation, mais compte tenu de la petite taille de l'échantillon, des

études ultérieures avec plus de participants sont souhaitables afin de pouvoir tirer des conclusions plus généralisées. Par ailleurs, dans le cadre d'études futures, le questionnaire utilisé pourrait faire l'objet d'une validation plus systématique.

Bien que la FMOQ offre des formations sur la gestion des arrêts de travail, elles ne semblent pas suffisantes si l'on se fie aux résultats obtenus. D'ailleurs, devant les besoins observés sur le terrain, mais non formellement documentés, une médecin de famille et professeure à l'Université Laval en partenariat avec une travailleuse sociale, exerçant toutes deux dans un groupe de médecine familiale, ont développé une nouvelle formation axée sur la gestion des arrêts de travail (Cameron & Plamondon, 2016). Cette formation en ligne insiste sur l'importance de bien compléter les certificats d'incapacité au travail, de bien évaluer les limitations fonctionnelles, de présenter les outils disponibles pour aider à l'évaluation fonctionnelle et l'importance d'aborder la question du travail et des possibles barrières à un retour au travail. Des exercices pratiques (vignettes écrites) sont incluses. Or, l'utilisation des technologies, comme la simulation par ordinateur pour offrir de la formation, pourrait être une avenue à explorer.

L'approche de Cameron et Plamondon (2016), propose un modèle sur 12 semaines auxquelles correspondent des étapes clés. Dans tous les cas, la sphère professionnelle est abordée avec le patient dès le début de l'absence par le médecin, mais aussi avec la travailleuse sociale du groupe de médecine familiale de Lévis. Or, l'efficacité de la formation n'a pas été évaluée. Des discussions sont présentement en cours avec le médecin responsable du développement de cette formation afin de déterminer de quelle façon nos résultats pourraient contribuer à bonifier la formation, mais aussi sur l'importance de la valider. Si l'on tient compte des résultats de cette thèse, l'ajout d'un module sur la gestion des conflits représente une avenue intéressante. En effet, un certain nombre de médecins de famille prolongent des arrêts de travail dans le but d'éviter un conflit. La formation pourrait inclure des éléments comme la définition de ce qu'est un conflit, les sources de conflit, les émotions, les différents styles de gestion de conflit et les stratégies de communication efficaces. D'ailleurs, Marshall (2022) a rédigé un court document sur le conflit, disponible en ligne, sur le site de l'Association médicale canadienne. En 2008, des chercheurs ont offert une formation sur la gestion du conflits aux étudiants en médecine de deux universités canadiennes (Zweibel et al., 2008). Cependant, il semble que les relations entre les supervisés et les superviseurs de même que la relation entre les différents professionnels étaient au cœur de la formation. Cette formation

proposait un module sur le conflit, les positions adoptées lors de conflits, les sources de conflit, les styles de gestion de conflit, la reconnaissance du rôle de la culture sur le conflit et l'application de stratégies de communication. De façon intéressante, dans les 12 mois suivants la formation, les participants rapportaient continuer d'appliquer les stratégies apprises dans leur milieu de travail. Il semble que beaucoup du matériel soit déjà existant, il suffirait de se pencher sur la pertinence de l'intégrer dans le cursus de formation générale et de mettre l'accent sur la pratique par l'intermédiaire de jeux de rôles ou de simulation par ordinateur. Une façon de faire pourrait être de développer un cours sur la gestion des arrêts de travail qui comprendrait les éléments proposés par Cameron, mais aussi un volet sur la santé mentale au travail, les risques et bénéfices d'un arrêt de travail, les alternatives aux arrêts de travail, les accommodements, un survol des aspects plus administratifs, les rôles et responsabilités des parties prenantes, la collaboration entre ces parties et la résolution de conflits et l'importance d'aborder le retour au travail tôt dans le processus. Sylvain et collaborateurs (2016) distinguent deux profils de médecins : le premier correspond à celui qui, dès le début de l'absence, aborde le retour au travail alors que le second évite le sujet. Même si dans la présente étude, les médecins ont indiqué l'aborder dès le début ou lorsque le patient est partiellement fonctionnel, le possible évitement de cette discussion tel que suggéré dans l'étude de Sylvain et collaborateurs (2016) est une stratégie qui semble un facteur propice à des invalidités de longue durée, types d'invalidités rapportés comme étant difficiles à gérer. Si l'on considère que la probabilité d'un retour au travail diminue avec le temps (St-Arnaud et al., 2007), il importe que celui-ci fasse partie des objectifs de traitement, car le but éventuel est de réintégrer la sphère professionnelle. Le premier pas dans cette direction est certainement celui d'une communication ouverte sur les facteurs non médicaux susceptibles d'entraver le processus de retour au travail (Roelen et al., 2012). De futures études devraient être menées afin d'évaluer si la formation répond bien aux besoins et si des changements sont observés dans les pratiques à la suite de l'atelier de formation. De plus, l'offre de cette formation pourrait être élargie aux étudiants en médecine, aux infirmières praticiennes en santé mentale ou encore aux psychologues. Le champ d'exercice des infirmières praticiennes s'est élargi récemment. Les infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale sont maintenant autorisées à prendre en charge ce type de problématique et d'en assurer le suivi (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2021). Par conséquent, il est fort probable qu'elles soient appelées à compléter des certificats d'arrêt de travail pour raisons médicales et une formation pourrait leur être bénéfique. Par ailleurs, certains assureurs acceptent que les

psychologues complètent des certificats d'incapacité au travail. Pourtant, les psychologues ne reçoivent pas d'emblée une formation sur la gestion de l'incapacité au travail. Enfin, des études pourraient s'intéresser aux psychiatres afin de voir s'ils rencontrent des défis similaires aux médecins de famille. Considérant que la psychiatrie n'est pas un service de première ligne, il est possible que les défis ou les besoins soient différents.

Devant les différences d'opinions quant à l'octroi ou non d'un arrêt de travail pour un même patient, il semble important de reproduire l'étude avec un nombre plus élevé de participants. Si de telles conclusions sont encore une fois dégagées, il serait pertinent de mener des études plus approfondies afin de mieux comprendre si des facteurs influencent de telles recommandations. Des études résumées dans le chapitre de livre de Wahlström & Alexanderson (2004) ont tenté de déterminer si l'âge et le genre influencent le comportement de certifier une absence au travail ou non. Les résultats de ces études sont mixtes. Par exemple, certaines montrent que les femmes médecins sont plus enclines à signer des arrêts de travail comparativement à leurs pairs de sexe masculin, alors que d'autres ne sont pas en mesure d'isoler le sexe comme un facteur d'influence. D'autres études ont mis en évidence l'âge avancé du médecin comme déterminant, alors que d'autres ne sont pas en mesure de le confirmer. Dans la présente étude, aucune corrélation n'est trouvée entre la recommandation d'un arrêt de travail et l'expérience ou le sexe du médecin, mais nous avons été limités par la petitesse de l'échantillon, restreignant ainsi le choix des analyses statistiques. Des études menées sur un plus grand nombre de participants sont souhaitables, puisqu'elles permettraient de déterminer si certaines variables jouent en effet un rôle dans la prescription ou non d'un arrêt de travail. À notre connaissance, il n'y a que très peu d'études qui se soient intéressées à des facteurs plus personnels au médecin tels que sa personnalité, son degré d'empathie, ses croyances ou encore le rapport que lui-même entretient avec l'invalidité (Coudeyre et al., 2006; Gulbrandsen et al., 2007; Nilsen et al., 2011; Yuguero Torres et al., 2015). Par exemple, les résultats de Nilsen et collaborateurs (2011) suggèrent que les attitudes du médecin peuvent influencer la prescription d'un arrêt de travail, surtout en présence d'un patient qui a des symptômes subjectifs, alors que les résultats de Gulbrandsen et collaborateurs (2007) ne permettent pas d'isoler des déterminants propres au médecin. Une étude qui s'est intéressée aux arrêts de travail subséquents à des douleurs lombaires a permis de montrer que les médecins qui entretiennent des croyances de peur et d'évitement, c'est-à-dire qu'ils croient que l'activité exacerbera la douleur, prônent l'évitement et sont plus enclins à certifier un arrêt de travail que ceux qui ne partagent pas

ces croyances (Coudeyre et al., 2006). De façon similaire, il pourrait être intéressant d'étudier l'utilisation faite par le médecin de stratégies d'évitement et sa propension à recommander des arrêts de travail. Une telle étude serait pertinente considérant que les résultats de cette thèse suggèrent que les arrêts de travail sont parfois utilisés pour éviter des conflits avec un patient. Si l'on extrapole les résultats, il est possible que devant un patient en arrêt de travail pour stress au travail, le médecin propose des arrêts de travail comme stratégie de réduction du stress, surtout s'il est lui-même un utilisateur de cette stratégie. Or, sur le long terme, il est peu probable que cela fonctionne. Un groupe de chercheurs a développé un questionnaire dans le but de mieux comprendre les déterminants personnels des médecins spécialisés en médecine d'assurance susceptibles d'influencer la certification d'une absence au travail (Steenbeek et al., 2011). Ce questionnaire est basé sur le *modèle attitude, social influence, self-efficacy (ASE)* que nous traduisons ici par le modèle de l'attitude, de l'influence sociale et de l'efficacité personnelle (Steenbeek et al., 2011). Dans ce modèle, les intentions comportementales et le comportement humain sont déterminés d'une part par les attitudes, l'influence sociale et l'efficacité personnelle, et d'autre part par des facteurs intermédiaires nommés barrières et connaissances. Aux Pays-bas, ce modèle est utilisé pour comprendre les comportements des médecins, notamment en ce qui a trait aux demandes d'évaluations en lien avec l'invalidité (Steenbeek et al., 2011). Au meilleur de notre connaissance, cet outil n'a pas été évalué au Québec et des études en ce sens seraient bienvenues notamment en raison des différences de systèmes, politiques et culturelles. De plus amples études sur ces déterminants permettraient de possiblement mieux les isoler, de mieux comprendre la variabilité dans les recommandations, mais possiblement de mieux cibler les interventions à mettre en place. Si les comportements sont surtout déterminés par les barrières (p.ex. le manque de temps) l'intervention diffèrera d'une autre qui viserait à augmenter les connaissances.

Étant donné le peu d'études trouvées, de plus amples recherches sont nécessaires afin de mieux comprendre l'influence de ces variables sur la promptitude de certains ou la réserve d'autres à recommander un arrêt de travail. Par exemple, si le médecin perçoit d'un mauvais œil l'invalidité et qu'il va lui-même au travail malgré la présence de difficultés, pourrait-il être moins enclin à produire un arrêt de travail pour un patient? Et si le médecin venait d'évaluer un patient avec une dépression modérée qui lui est au travail, pourrait-il être influencé par cette évaluation précédente et refuser de recommander un arrêt de travail à un patient qui semble moins souffrant ?

De plus amples études pourraient aussi s'intéresser au développement et à l'évaluation d'une application web pour faciliter les échanges entre les acteurs impliqués dans la gestion de l'invalidité. Il semble que des travaux du genre aient été débutés en Ontario (Singh & O'Hagan, 2019), mais également au Québec (Corbière et al., 2021) et notre étude appuie ce type de mesure. En outre, il est possible de poser la question de la pertinence d'inclure des questionnaires à l'intérieur de cette application destinés au patient afin d'obtenir des données un peu plus quantitatives et d'assurer un meilleur suivi de l'évolution du patient. Ces données pourraient aussi permettre des interventions plus proactives de la part des assureurs. D'ailleurs, si de tels ajouts ne sont pas faisables dans le court terme, une autre piste qui appelle à réflexion et qui mériterait d'être explorée est le rôle et les responsabilités que peuvent avoir les spécialistes en réadaptation issus du monde de l'assurance. Ils sont souvent appelés à discuter avec les assurés dans le but de mieux comprendre leurs limitations fonctionnelles et l'effet qu'elles peuvent avoir sur leur capacité à travailler. Ensemble, ils essaient de déterminer quelles mesures d'accommodement au travail sont susceptibles d'être aidantes, de discuter des modalités que pourraient revêtir les retours au travail progressifs ou encore de faire des références à des services de psychothérapie ou d'ergothérapie externes, selon la sévérité et le potentiel de réadaptation de l'assuré. Afin de dégager les médecins de l'évaluation fonctionnelle qui est somme toute difficile à faire, surtout lorsqu'ils n'ont pas beaucoup d'information sur le milieu de travail, il serait pertinent de s'interroger sur la pertinence de développer de courtes formations qui s'adresseraient aux acteurs du milieu, dont les spécialistes en réadaptation fonctionnelle, issus de la sphère de l'assureur, sur l'utilisation de certains questionnaires dans le but de mieux évaluer les limitations fonctionnelles et sur les pistes d'actions à envisager pour favoriser le retour au travail. Par exemple, l'outil d'aménagement des conditions de travail pour les travailleurs seniors âgés de 45 ans et plus (ACT-45+) a été développé dans le but d'aider à maintenir les travailleurs seniors en emploi en santé, mais aussi pour identifier des pistes d'intervention et d'accommodement pour faciliter le processus de retour au travail des travailleurs absents du travail à la suite d'une condition médicale (Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail, 2021). L'utilisation d'outils validés permettrait un vocabulaire commun entre tous les acteurs impliqués et un meilleur suivi de l'évolution des limitations fonctionnelles et progrès. À partir du profil de l'employé, ils pourraient offrir au médecin des propositions de réadaptation que celui-ci entérinerait. Cette idée de recherche pourrait ainsi modifier la perception selon laquelle les assureurs manquent de mesures de réadaptation,

faciliter la collaboration et humaniser davantage l'expérience assuré-assureur. Dans les médias ou de façon générale, l'assureur a parfois mauvaise presse. D'ailleurs, près du quart de nos participants avaient une perception négative de cet acteur. Ainsi, mettre de l'avant plus de mesures visant à contribuer à l'amélioration fonctionnelle de l'assuré en quantifiant les besoins et en précisant les stratégies qui seront mises de l'avant permettrait possiblement d'humaniser davantage ou de modifier la perception parfois négative que certains entretiennent à leur égard, ce qui en revanche permettrait une meilleure collaboration entre l'assuré, l'assureur, le médecin et l'employeur.

Les médecins perçoivent que les informations demandées par les assureurs sont souvent inutiles. Il serait intéressant de mener des « focus groups » afin de mieux comprendre ce qui est perçu comme tel. Une telle discussion permettrait de comprendre si les médecins ont besoin d'une formation pour mieux comprendre la pertinence des informations demandées ou si au contraire il y aurait matière à rapporter les arguments aux assureurs afin de voir si certaines peuvent ne plus être demandées.

Tel que proposé dans l'article 3, la « fit form » instaurée au Royaume-Uni pose certains avantages (Welsh et al., 2012) et des études devraient être réalisées au Québec afin de déterminer si des changements importants de conception et d'orientation des services facilitera l'évaluation fonctionnelle que réalisent les médecins, mais aussi, si elle donne lieu à des mesures d'accommodements et de retour au travail proactives. Il s'avérerait aussi pertinent d'étudier si ce vocabulaire plus positif, soit ces capacités résiduelles et préservées, joue un rôle dans la perception qu'ont les patients d'eux-mêmes.

Enfin, alors que la tendance actuelle est dirigée vers les soins virtuels, des recherches mériteraient d'être effectuées sur PAEF et ces nouvelles modalités. Bien que cette recommandation dépasse largement la problématique de cette thèse, elle semble essentielle. Sur le terrain, des PAEF prennent actuellement un virage vers l'offre de ressources virtuelles, mais nous n'avons pas été en mesure de trouver une littérature éloquent sur le sujet. Les PAEF constituent une avenue intéressante notamment, car ils ne requièrent pas de référence médicale et qu'ils sont gratuits (Rothermund et al., 2016). Par contre, Brooks et Ling (2020) synthétisent des recherches menées sur l'utilisation des PAEF et il appert qu'ils soient souvent sous-utilisés (Carchietta, 2015). Parmi les explications possibles, les craintes quant à la confidentialité, les connaissances limitées quant à

l'offre de services et le stigma associé à la santé mentale sont mis de l'avant. Les organisations doivent miser sur la promotion de ces types de programmes offerts aux employés en misant sur le caractère indépendant et confidentiel des services. La promotion de la santé et l'obtention d'une aide devant l'émergence de symptômes pourrait possiblement limiter la progression des symptômes vers un spectre plus sévère, ce qui pourrait avoir pour effet de diminuer le nombre de consultations pour des arrêts de travail, mais aussi de limiter le nombre de références effectuées dans le réseau de la santé et des services sociaux. Devant un réseau de la santé souffrant, il semble pertinent d'ouvrir la discussion sur l'importance que tous et chacun utilisent les services mis à leur disposition dans le but de laisser les services publics à ceux qui n'ont pas d'autres choix. Toujours selon un angle de promotion et de prévention, certaines compagnies offrent par l'intermédiaire de leurs assurances collectives des couvertures pour l'accès à de la psychothérapie. Certaines comme Manuvie sont généreuses et offrent à leurs employés une couverture de 10 000 \$ pour l'accès à ce type de soins (Avantages, 2017; Excellence Canada, 2018). Règle générale, une personne qui consulte un psychologue privé paie les honoraires et soumet une réclamation à son assureur. Pour certains, le paiement initial au psychologue et l'attente du remboursement ultérieur peuvent poser un fardeau financier non négligeable limitant l'accès aux soins. Les assureurs devraient se pencher sur la pertinence de rembourser directement le professionnel de la santé. Il est prouvé que la psychothérapie a des effets positifs sur la diminution de la durée d'une invalidité au travail (Finnes et al., 2019; Mattila-Holappa et al., 2016). Ainsi, l'accès rapide est primordial pour éviter des délais de retour au travail. Dans une perspective de gestion de l'invalidité, Pomaki et collaborateurs (2012) soulignent l'importance de faciliter l'accès à de la psychothérapie axée sur le travail. De façon similaire, la psychothérapie cognitive comportementale axée sur le retour au travail permet un rétablissement fonctionnel précoce comparativement à une psychothérapie qui ne met pas l'accent sur l'environnement de travail (Benefits Canada, 2018; Brenninkmeijer et al., 2019; Ito et al., 2019; Lagerveld et al., 2012; Reme et al., 2015). À notre connaissance, ce type de psychothérapie est surtout offert par l'intermédiaire de projets de recherche ou d'assureurs. Une recherche effectuée sur internet en juillet 2021 avec les mots clés « thérapie cognitive comportementale axée sur le retour au travail » donne très peu de résultats pour le commun des travailleurs. Dans le contexte actuel de la pandémie et le contexte postpandémie anticipé par certains, il serait pertinent de mener une étude pour déterminer si les assureurs qui offrent dans le cadre de leur programme de gestion de l'invalidité ce type de thérapie d'emblée aux employés n'ayant pas accès à une couverture privée

suffisante obtiennent de meilleurs résultats en termes de rétablissement et de retour au travail. Des données permettraient possiblement de convaincre d'autres organisations d'emboîter le pas et par le fait même de déstigmatiser la santé mentale. Enfin, à la lumière des articles consultés pour la rédaction de cette thèse et des conséquences négatives de l'invalidité pour toutes les parties prenantes, l'auteure est d'avis que les organisations auraient avantage à se pencher sur l'importance d'avoir un environnement psychologiquement sain, qui identifie et agit sur les risques psychosociaux inhérents à leur organisation, qui accueille la diversité et l'inclusion et qui mise sur la qualité de vie au travail. Cette approche préventive pourrait faire une réelle différence pour toutes les parties prenantes et s'avérer moins coûteuse sur le long terme, mais encore faut-il convaincre les dirigeants. Cette réflexion sera nécessaire surtout dans cette ère du travail « post-covid » qui oblige les organisations à repenser les conditions de travail.

CONCLUSION

La présente thèse permet de soutenir que la certification d'une incapacité au travail est une tâche perçue comme étant problématique. Tout comme le suggèrent d'autres écrits scientifiques, développer des formations qui répondent aux besoins des médecins consiste en une partie de la solution. La présente recherche offre un pas dans cette direction en pointant les volets essentiels à y intégrer. Or, il serait illusoire et réducteur de prétendre qu'une formation réglerait toutes les difficultés d'un phénomène perçu comme si complexe. Les solutions passeront aussi par l'optimisation de la communication et de la collaboration entre tous les acteurs, mais aussi par le développement d'autres outils visant à guider le clinicien dans son évaluation. Considérant que les demandes de prestations en invalidité pour troubles mentaux communs dominent actuellement le palmarès et que les projections statistiques entrevoient une hausse, la problématique justifie en soi la tenue de plus d'études. Il sera alors important de revoir les pratiques en gestion de l'invalidité et sortir des sentiers battus. Par exemple, explorer la « fit form », revoir le rôle des équipes en réadaptation, faciliter l'accès à des soins ou encore se questionner sur la possibilité d'offrir de l'invalidité partielle plus couramment pourraient faire partie de la solution sur le plus long terme.

APPENDICE A

QUESTIONNAIRE SUR LES PRATIQUES DES MÉDECINS EN LIEN AVEC LA PRESCRIPTION D'UN CERTIFICAT D'ABSENCE POUR RAISONS MÉDICALES

Questionnaire Partie 1

Cette première section vise à mieux comprendre les pratiques face à la certification d'une incapacité au travail par l'intermédiaire de vignettes cliniques.

Il importe de préciser que les vignettes cliniques sont courtes et sommairement élaborées étant donné les contraintes de temps et ne se veulent d'aucune façon réductrices de votre démarche diagnostique. Nous sommes conscients qu'en contexte clinique, plusieurs autres éléments seraient considérés. Ainsi, à des fins de recherche uniquement, veuillez donner votre impression diagnostique la plus probable en fonction des éléments présentés.

Bien qu'il soit préférable de compléter le tout en une seule fois, prenez note que si vous êtes interrompu, vous pourrez y revenir plus tard étant donné que les réponses seront sauvegardées.

Vous êtes

Un homme

Une femme

Vignette 1

Julie a 40 ans. Elle vient vous voir à votre bureau car elle se sent stressée. Elle a une attitude coopérative. Vous notez un habillement approprié et une hygiène préservée. Sa pression artérielle est légèrement élevée. Elle se dit stressée pour différentes raisons dont une possible restructuration au bureau de son mari et un conflit avec son voisin. Le voisin lui reproche d'avoir un chien qui

jappe beaucoup. À chaque fois qu'il jappe le voisin frappe dans le mur avec un balai. En vous racontant ses difficultés de voisinage, son débit devient plus rapide et vous notez un léger tremblement de mains. Elle a une humeur anxieuse. Vous notez un bon contact visuel. La patiente s'exprime bien. Elle dit avoir peur de sortir de chez elle et de croiser le voisin. Ses yeux deviennent mouillés. Son affect est concordant.

Elle essaie d'aller marcher avec son chien pour mieux gérer son stress, mais cela ne semble pas suffisant. Elle songe consulter un psychologue pour mieux gérer son stress, mais cela représenterait une somme non négligeable pour elle.

En attendant, elle aimerait des médicaments pour dormir et un moment d'arrêt du travail afin de se reposer quelques semaines et de retrouver l'équilibre.

Elle ne voudrait pas que son stress affecte sa performance au travail.

À la lumière des informations disponibles, votre/vos impression(s) diagnostiques sont :

Quel est ou quels sont les traitement(s) recommandés?

Est-ce que vous jugez que ce patient nécessite un certificat d'incapacité au travail (arrêt de travail pour maladie)

Oui

Non

Quelle est la durée initiale de l'incapacité au travail. Si non applicable indiquez n/a

Pour quelle(s) raison(s) accordez-vous ou n'accordez-vous pas un certificat d'incapacité au travail?

Quelles sont les limitations fonctionnelles qui justifient une incapacité au travail? Indiquez n/a si non applicable

Vignette 2

Samuelle, 36 ans, se présente en larmes à votre bureau. Elle se dit « au bout du rouleau ». Son conjoint fait beaucoup de contrats à l'extérieur de la province, ce qui la laisse seule pour s'occuper de leurs deux jumeaux hyperactifs, en plus de travailler à temps plein comme préposée aux bénéficiaires. Elle prend quelques grandes respirations avant de poursuivre. Son ton est monotone. Elle dit ne plus se reconnaître. Elle n'a plus d'énergie. Vous notez un ralentissement psychomoteur. Elle dit aussi être facilement distraite et dans la lune. Elle vous avoue avoir peur de faire une erreur au travail. Son humeur devient anxieuse. En cours d'entretien elle vous demande parfois de répéter vos questions. Au niveau de son quotidien, sa mère lui donne un coup de main en lui apportant des petits plats cuisinés. Elle dit que c'est surtout pour les enfants, car elle, un bol de céréales est suffisant, elle n'a plus d'appétit.

Au travail, sa collègue l'a trouvé aux toilettes en train de pleurer en cachette. Elle avoue être à fleur de peau. Outre être émotive, elle est également irritable. Récemment, elle a dit à un résident qu'il était capricieux avec ses nombreuses demandes, ce qui lui a valu une plainte auprès de son employeur. Elle vous dit qu'elle vient chercher de l'aide auprès de vous aujourd'hui, car elle ne sait plus comment s'en sortir et elle ne veut surtout pas perdre son emploi. Elle pleure. Elle tient des propos suicidaires, mais elle vous rassure qu'elle n'a aucune intention de passage à l'acte

À la lumière des informations disponibles, votre/vos impression(s) diagnostiques sont :

Quel est ou quels sont les traitement(s) recommandés?

Est-ce que vous jugez que ce patient nécessite un certificat d'incapacité au travail (arrêt de travail pour maladie)?

Oui

Non

Quelle est la durée initiale de l'incapacité au travail. Si non applicable indiquez n/a

Pour quelle(s) raison(s) accordez-vous ou n'accordez-vous pas un certificat d'incapacité au travail?

Quelles sont les limitations fonctionnelles qui justifient une incapacité au travail? Indiquez n/a si non applicable

Vignette 3

Dominic, 23 ans, en couple, et employé d'une compagnie en aménagement paysager pour laquelle il effectue la tonte de gazon et la plantation de fleurs, se présente à votre bureau. Il vous rapporte se sentir quelque peu tendu depuis que sa belle-sœur et son bébé sont temporairement emménagés chez lui il y a un mois. Il est agité et parle rapidement, sur un ton agressif en vous relatant la situation. Il se plaint que le bébé ne fait pas ses nuits et que cela le réveille. Il se sent épuisé. D'ailleurs, vous constatez qu'il est cerné et qu'il a perdu 5 livres par rapport à la dernière visite (il

y a 3 mois). Il dit avoir de la difficulté à se rendormir et quand il y arrive enfin, le cadran sonne. Par moment, il n'arrive pas à se réveiller et arrive en retard au travail. Il commence à travailler à 5 am. Il ajoute également que son stress s'est exacerbé depuis 3 jours, à la suite d'une rencontre avec son superviseur. On lui reprochait d'être arrivé en retard plusieurs fois au cours de la dernière semaine et que si la situation ne changeait pas il aurait une mesure disciplinaire. Lorsque Dominic pense à cette situation précise, il ressent des palpitations tellement il a peur de perdre son emploi. Il devient également agité et se mordille les lèvres.

Ainsi, depuis 3 jours il n'est pas rentré au travail par peur d'arriver en retard et d'avoir des représailles, sans compter le peu d'énergie qu'il a. Vous ne notez pas de ralentissement psychomoteur.

À la maison, il essaie de se changer les idées et de diminuer son niveau de stress en faisant des activités qu'il aime comme s'entraîner et refaire son aménagement paysager. Il avoue consommer du cannabis, occasionnellement. Il dit que ces activités lui permettent de se défouler. Il en profite également pour faire un cours en ligne dans le but de créer sa compagnie d'aménagement paysager, car ceci serait peut-être une solution à ses problèmes. Le cours de sa pensée est cohérent, vous ne notez pas de difficultés attentionnelles ou de mémoire pendant la rencontre.

Il souhaiterait obtenir un certificat d'arrêt de travail, le temps de prendre un peu de repos et d'aller mieux.

À la lumière des informations disponibles, votre/vos impression(s) diagnostiques sont :

Quel est ou quels sont les traitements recommandés

Est-ce que ce patient nécessite un certificat d'incapacité au travail?

Oui

Non

Si vous octroyez un certificat d'incapacité au travail, quelle est la durée initiale. Si non applicable indiquez n/a

Pour quelle(s) raison(s) accordez-vous ou n'accordez-vous pas un certificat d'incapacité au travail?

Quelles sont les limitations fonctionnelles du patient. Si cela ne s'applique pas, inscrivez n/a

Vignette 4

Martin, 54 ans, se présente avec 20 minutes de retard. Son hygiène vous semble négligée et il sent l'alcool. Il vous consulte aujourd'hui afin d'obtenir un certificat qui atteste de son aptitude au travail. Étant donné que l'employeur l'a surpris sous l'effet de l'alcool au travail (à deux reprises) il veut s'assurer qu'il est apte. Il travaille comme peintre de bâtiment. Il vous raconte que sa femme l'a quitté il y a 3 mois et que ses filles ne lui parlent plus. Vous notez une labilité émotionnelle. Il avoue prendre entre 5 et 6 bières jusqu'aux petites heures du matin, et parfois une au déjeuner. Vous notez un ralentissement psychomoteur et une démarche instable. Vous notez une petite contusion près de son oeil. Il vous dit qu'il a dû trébucher. Il vous dit que c'est rien comparativement à sa douleur au coeur. L'alcool lui permet de passer à travers sa journée sans trop penser à ce qui lui fait mal. Il vous supplie de certifier son aptitude au travail, car c'est la seule chose qu'il a de positif dans sa vie en ce moment. Il semble bien orienté dans les trois sphères. Il ne mentionne aucune idéation suicidaire.

À la lumière des informations disponibles, quelle est votre impression diagnostique?

Quel (s) est/sont les traitements recommandés

Est-ce que ce patient :

Apte à travailler

Inapte à travailler

Si vous avez indiqué que ce patient nécessite un arrêt de travail, quelle est la durée estimée. Si non applicable indiquez n/a

Quelle(s) est/sont les raisons qui font en sorte que vous certifiez ou non cet arrêt de travail

Veillez indiquer les limitations fonctionnelles du patient. Si cela ne s'applique, indiquez n/a

Merci, la première partie est maintenant terminée.

Cette deuxième section porte sur les pratiques, perceptions, difficultés et défis possiblement rencontrés lors de l'émission de certificat d'invalidité au travail. La durée estimée est de 30 minutes.

Il est préférable de répondre au questionnaire en une seule fois, mais sachez que si vous êtes interrompu il est possible d'y revenir plus tard.

Quel est votre titre

- Résident en médecine
- Médecin
- Médecin Spécialiste (p.ex., psychiatre, urgentologue)
- Psychologue
- Infirmier

Depuis combien de temps pratiquez-vous?

- Moins d'un an
- 1 à 2 ans
- 3 à 5 ans
- 5 à 10 ans
- 10 ans et plus

Depuis combien de temps travaillez-vous au même endroit?

- Moins d'un an
- 1 à 4 ans
- 5 à 9 ans
- 10 ans et plus

Dans quel type d'établissement pratiquez-vous?

- Médecine familiale
- CLSC
- Urgence
- Psychiatrie
- Clinique privée
- Santé occupationnelle

Dans quelle région pratiquez-vous?

Est-ce que votre clinique a une politique en ce qui a trait à l'émission de certificat d'incapacité au travail ?

- Oui, elle est très bien établie
- Oui, mais elle n'est pas très bien établie
- Non
- Je ne sais pas

Est-ce que cette politique est utile?

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas

Lorsque vous accomplissez des tâches liées à l'émission de certificats d'incapacité au travail (arrêt de travail), combien de fois manquez-vous de temps,

	Tous les jours	Environ une fois par semaine	Environ une fois par mois	Quelques fois par année	Jamais presque jamais
avec vos patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pour gérer les aspects administratifs avec le patient (émettre le certificat, contacter l'assureur ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pour de l'éducation, supervision	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Croyez-vous qu'un système électronique visant à transférer des certificats d'invalidité aux assureurs ou CNESST ou SAAQ faciliterait votre tâche ?

- Oui
 Non

À quel point croyez-vous qu'un système électronique de transmission des informations et certificats médicaux aux assureurs permettrait :

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Énormément	Je ne sais pas
une meilleure collaboration	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
de faciliter la communication entre vous et le tiers parti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
une économie de temps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
un temps de réponse plus rapide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dans votre travail clinique, combien de fois

	Plus de 10 fois par semaine	à 10 fois par semaine	à 5 fois par semaine	Environ 1 fois par	Quelque s fois par mois année	Jamais ou presque jamais
Trouvez-vous difficile/problématique la gestion des certificats d'incapacité au travail?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rencontrez-vous un patient qui souhaite être en arrêt de travail pour une raison autre que médicale?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des patients refusent, partiellement ou complètement, l'arrêt de travail que vous suggérez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refusez-vous d'émettre un certificat d'invalidité au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rencontrez-vous des conflits avec des patients à propos d'un certificat d'incapacité au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous inquiétez-vous qu'un patient porte plainte contre vous en lien avec une demande de certificat d'incapacité au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous sentez-vous menacer par un patient en lien avec un certificat d'incapacité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Émettez-vous des certificats d'incapacité à des patients sans les avoir vu (p.ex. au téléphone)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous inquiétez-vous qu'un patient aie vu un autre médecin si vous ne signez pas de certificat d'incapacité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous du temps de fixer avec des collègues pour de la supervision, rétroaction en lien avec des problématiques liées aux certificats d'incapacité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participez-vous à des rencontres avec les assureurs, CNESST, SAAQ ou employeurs pour discuter d'un patient que vous avez mis en incapacité de travailler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collaborez-vous avec les assureurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous des contacts avec les employeurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Référez-vous vos patients à des spécialistes en santé occupationnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collaborez-vous avec les psychologues travaillant auprès de vos patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proposez-vous des accommodations afin de maintenir le patient à l'emploi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dans votre travail clinique, combien de fois

	Plus de 10 fois par sem	6 à 10 fois par sem	1 à 5 fois par sem	Environ une fois par mois	Qq fois par an	Jamais ou presque jamais
Consultez-vous vos confrères pour traiter une demande d'invalidité au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous des contacts avec les assureurs, employeurs pour discuter d'un patient étant en invalidité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouvez-vous que votre compétence en médecine de l'assurance n'est pas suffisante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouvez-vous que les consultations pour obtenir un certificat d'incapacité au travail cache plutôt un problème dans l'environnement de travail du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sur une base hebdomadaire, combien de fois percevez-vous que l'assureur exerce une pression sur vous:

Afin de retourner l'employé au travail

- Jamais
- Rarement
- Quelques fois
- Souvent
- Presque toujours

Pour modifier le traitement

- Jamais
- Rarement
- Quelques fois
- Souvent
- Presque toujours

Pour compléter des formulaires

- Jamais
- Rarement
- Quelques fois
- Souvent
- Presque toujours

Sur une base hebdomadaire, combien de fois percevez-vous que l'assureur exerce une pression indue sur vous :

Afin de retourner l'employé au travail

- Jamais
- Rarement
- Quelques fois
- Souvent
- Presque toujours

Pour modifier le traitement

- Jamais
- Rarement
- Quelques fois
- Souvent
- Presque toujours

Pour compléter des formulaires

- Jamais
- Rarement
- Quelques fois
- Souvent
- Presque toujours

Combien de fois certifiez-vous des incapacités au travail pour des périodes prolongées (qui sont possiblement non nécessaires), en raison de :

	Plus de 10 fois par sem	6 à 10 fois par sem	1 à 5 fois par sem	une fois par mois	Qq fois par an
délai de la prochaine visite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
temps d'attente pour voir un spécialiste (psychiatre)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
temps d'attente pour obtenir un traitement (p.ex. voir un psychologue, travailleur social)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
manque d'accès à de la thérapie cognitive-comportementale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
temps d'attente pour que l'employeur mette en place des accommodations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
patient ne suit pas les recommandations de traitement/réadaptation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pour éviter les conflits avec le patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
il serait trop long d'expliquer les alternatives à l'invalidité totale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Généralement, à quel moment abordez-vous la notion de retour au travail

- Dès le début de l'absence
- Lorsque l'employé est partiellement fonctionnel
- Lorsque l'employé est totalement fonctionnel
- Lorsque le patient l'aborde
- Je ne l'aborde jamais

Généralement, quel est le degré de difficulté pour :

	Beaucoup	Plutôt	Quelque peu	Pas du tout
la gestion des certificats d'incapacité au travail des patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
évaluer si les capacités fonctionnelles du patient sont réduites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
évaluer si les capacités fonctionnelles réduites du patient sont liées à la maladie/blessure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
évaluer si les capacités fonctionnelles du patient l'empêchent effectivement de faire ses tâches à l'emploi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
de considérer avec le patient, les avantages et désavantages d'être en arrêt de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
faites un plan d'action des mesures à prendre durant l'arrêt de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
faites un pronostic à long terme quant à la capacité future du patient à travailler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gérer le double-rôle, celui du médecin traitant et celui qui doit répondre à l'assureur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Beaucoup	Plutôt	Quelque peu	Pas du tout
de considérer avec le patient, le style de vie et les changements à y apporter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
discuter et savoir comment traiter/gérer les difficultés psychosociales (p.ex. difficultés financières, abus de substance, difficultés relationnelles) lorsque vous gérez un patient en invalidité de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
de savoir quels aspects liés à la certification d'invalidité au travail documentés dans le dossier du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
de gérer une prolongation d'un arrêt de travail, qui initialement, a été certifié par un autre médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d'évaluer la durée optimale de l'arrêt de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
de gérer des situations dans lesquelles vous et le patient avez un opinion divergeant quant à la nécessité d'un arrêt de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
de gérer des situations dans lesquelles vous et un autre professionnel de la santé avez un opinion divergeant quant à la	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Beaucoup	Plutôt	Quelque peu	Pas du tout
nécessité d'un arrêt de travail pour un même patient				
de gérer les certificats d'incapacité au travail de courte durée (moins de 15 jours)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
de gérer les certificats d'incapacité au travail de longue durée (15 à 90 jours)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
de gérer les certificats d'incapacité au travail de très longue durée (91 à 180 jours)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
de gérer les certificats d'invalidité au travail de très longue durée (plus de 180 jours)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
de retourner un patient au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

À quel degré, les tâches liées à l'émission de certificats d'incapacité au travail constituent-elles un problème dans votre environnement de travail?

- Beaucoup
- Assez
- Un peu
- Pas du tout

Selon vous, est-ce qu'une invalidité prolongée peut avoir des effets négatifs sur votre patient?

- oui
- non
- je ne sais pas
- Si vous avez répondu oui à la question précédente, veuillez nommer les effets négatifs possibles selon vous.

Inscrivez n/a si vous avez répondu je ne sais pas ou non.

En général, êtes-vous satisfait de vos contacts avec les assureurs, CNESST, SAAQ

- Très satisfait
- Quelque peu satisfait
- Quelque peu insatisfait
- Très insatisfait
- Je n'ai pas de contacts avec les assureurs

Combien de fois estimez-vous avoir des contacts avec les assureurs (autre que par l'émission de certificats d'invalidité au travail)

- Quotidien
- Une ou quelques fois par semaine
- Environ une fois par mois
- Quelques fois par année
- Jamais ou presque jamais

Selon vous, combien difficile/facile est-il d'entrer en contact avec les gestionnaires de cas (case manager)

- Très facile
- Plutôt facile
- Pas facile, pas difficile
- Plutôt Difficile
- Très difficile

Quelles sont les difficultés (si applicable) que vous rencontrez lors de vos contacts avec les assureurs, CNESS, SAAQ (cochez toutes les réponses applicables)

- Prends trop de temps
- C'est difficile de déterminer à qui parler
- C'est difficile de les rejoindre par téléphone
- Les bureaux sont fermés lorsque vous avez du temps pour les contacter
- Les assureurs ne vous contactent pas malgré vos demandes
- Les assureurs ne coordonnent pas des mesures de réadaptation
- Les assureurs ne contactent pas les patients
- Vous faites face à une mauvaise attitude
- Vous ne semblez pas parler le même langage
- Il subsiste des ambiguïtés quant à la notion de confidentialité
- Les gestionnaires de cas sont souvent remplacés
- Les gestionnaires de dossier questionnent vos évaluations
- Il est difficile de communiquer toutes les informations via les formulaires des assureurs
- Les assureurs demandent de l'information non nécessaire
- La notion d'invalidité semble être interprétée de différentes manières
- Les gestionnaires de cas manquent de compétence
- Le patient est négatif/fermé que vous contactiez l'assureur
- Autres problèmes

À quel degré, les niveaux d'éducation ci-bas vous ont aidé dans le développement de vos compétences dans la gestion des certificats d'incapacité au travail

	Énormément	Beaucoup	Quelque peu	Pas du tout	Ne s'applique pas
Baccalauréat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Résidence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formation aux cycles supérieurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formation spécifique en médecine de l'assurance suivie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

À quel degré avez-vous besoin de développer votre compétence dans:

	Énormément	Beaucoup	Quelque peu	Pas du tout
l'évaluation du degré de fonctionnement du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l'évaluation des capacités et limitations fonctionnelles du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les demandes requises en fonction de l'occupation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la détermination de la durée optimale de l'absence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la gestion de conflits avec les patients à propos des certificats d'invalidité au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la complétion de certificats d'invalidité au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la planification d'un plan d'action	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
de décider quand un appel au gestionnaire de cas est nécessaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les aspects légaux de l'invalidité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les autres types de compensations (p.ex. CALAC, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vos options et responsabilités en tant que médecin lors d'une certification d'invalidité au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les options et responsabilités de l'assureur dans les cas de certificats d'invalidité au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les options et responsabilités de l'employeur dans les cas de certificats d'invalidité au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les options et responsabilités du patient dans les cas de certificats d'invalidité au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

À quel point croyez-vous que les options suivantes permettraient d'assurer une meilleure rigueur/qualité dans la gestion des incapacités au travail/arrêts de maladie

	Serait très bénéfique	Moyennement bénéfique	Ne serait pas bénéfique
Supervision	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obtenir de l'information écrite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Information via internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des cours en médecine de l'assurance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des cours en résolution de conflits	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conférences, séminaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir l'opportunité de contacter des experts en médecine de l'assurance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contacts avec des médecins spécialistes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des forums de discussion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obtenir des statistiques sur le nombre de certificats que vous émettez par année	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obtenir des statistiques sur le nombre de certificats que votre clinique a émis cette année	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Que la population générale soit mieux informée sur les programmes d'invalidité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un instrument/protocole standardisé pour évaluer les capacités fonctionnelles (capacité à travailler)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obtenir une plus grande rémunération lors de la complétion de certificats d'invalidité au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir plus de contacts avec les gestionnaires de cas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir des contacts avec les employeurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir une seconde opinion d'un autre médecin à propos de votre patient et de sa capacité à travailler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obtenir de l'information d'un autre professionnel de la santé comme un psychologue pour vous aider dans votre évaluation des capacités fonctionnelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En général, quelle est votre perception face aux demandes des assureurs, CNESST, SAAQ

- Très positive
- Plutôt positive
- Neutre
- Très négative
- Plutôt négative

Selon vous, est-ce que les assureurs sont en mesure de faciliter l'obtention de certains traitements ou services de réadaptation?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Sur une base hebdomadaire, vous arrive-t-il de demander de l'aide à l'assureur afin de:

faire une expertise médicale indépendante car vous ne savez plus comment faire pour retourner le patient au travail

- Jamais
- Rarement
- Quelques fois
- Souvent
- Presque toujours

faire une expertise médicale indépendante car vous ne savez plus comment adapter le traitement pour qu'il y ait une amélioration de son état fonctionnel

- Jamais
- Rarement
- Quelques fois
- Souvent
- Presque toujours

demandeur de l'aide pour faciliter les services psychologiques ou de réadaptation étant donné les délais du secteur public

- Jamais
- Rarement
- Quelques fois
- Souvent
- Presque toujours

demandeur des services de médiation au travail pour régler des problèmes qui sont d'ordre professionnel et non pas d'ordre médical.

- Jamais
- Rarement
- Quelques fois
- Souvent
- Presque toujours

demandeur des services vocationnels pour régler des problèmes qui sont d'ordre professionnel et non pas médical

- Jamais
- Rarement
- Quelques fois
- Souvent
- Presque toujours

Lorsque vous devez compléter des certificats d'incapacité au travail et/ou partager vos notes cliniques, à quel degré êtes-vous

	Beaucoup	Assez	Un peu	Pas du tout
confortable de divulger l'information	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
inconfortable de divulguer l'information	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
craintif des représailles possibles de votre comité de discipline si vous divulguez l'information	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
incertain de ce qu'il faut divulguer ou non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Acceptez-vous que l'on vous contacte dans l'éventualité où des projets de recherche découlent de ce présent projet comme des "focus group"?

Si oui, veuillez indiquer votre courriel. Si non, veuillez indiquer n/a

APPENDICE B

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE DE PROJET RECHERCHE DU COMITÉ ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE SUR LES ÊTRES HUMAINS DE L'UQAM



Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet:

Nom de l'étudiant: Programme d'études: Direction de recherche:

Entre fournisseur de soins et prescripteur de l'incapacité au travail: quel est le rôle et les défis du médecin traitant? Un portrait quantitatif de la réalité au Québec.

Lauriane

DROLET

Doctorat en psychologie (profil recherche) Jacques FORGET

Modalités

d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

Anne-Marie

Parisot

Professeure, Département de linguistique Présidente du CERPÉ FSH

APPENDICE C

**CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE DE PROJET DE RECHERCHE DU CER ÉVALUATEUR –
CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DE L'EST DE L'ÎLE DE
MONTRÉAL**



Le 09 octobre 2019

Madame Lauriane Drolet
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Installation Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Objet : Autorisation de réaliser la recherche suivante :

Titre du projet : Entre fournisseur de soins et prescripteur de l'incapacité au travail: quel est le rôle et les défis du médecin traitant? Un portrait quantitatif de la réalité au Québec

Numéro attribué par le CÉR évaluateur : MP-12-2020-1972

Madame Drolet,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre dans notre établissement, soit le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CEMTL) - installation Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Cette autorisation vous est accordée sur la foi des documents que vous avez déposés auprès de notre établissement, notamment la lettre du CÉR du CEMTL portant la date du 8 octobre 2019 qui établit que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen éthique dont le résultat est positif et une lettre datée du 27 août 2019 qui établit que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen scientifique positif. De plus, votre projet a reçu l'approbation de la convenance institutionnelle le 26 août 2019. Si ce CÉR vous informe, pendant le déroulement de cette recherche, d'une décision négative portant sur l'acceptabilité éthique de cette recherche, vous devez considérer que la présente autorisation de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement est, de ce fait, révoquée à la date que porte l'avis du CÉR évaluateur.

Notre établissement a reçu une copie de la version finale des documents se rapportant à la recherche, approuvée par le CÉR évaluateur.

Cette autorisation de réaliser la recherche suppose également que vous vous engagez :

- à vous conformer aux demandes du CÉR évaluateur, notamment pour le suivi éthique de la recherche;
- à rendre compte au CÉR évaluateur et au signataire de la présente autorisation du déroulement du projet, des actes de votre équipe de recherche, s'il en est une, ainsi que du respect des règles de l'éthique de la recherche;
- à respecter les moyens relatifs au suivi continu qui ont été fixés par le CÉR évaluateur;
- à conserver les dossiers de recherche pendant la période fixée par le CÉR évaluateur, après la fin du projet, afin de permettre leur éventuelle vérification;
- à respecter les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des sujets de recherche dans notre établissement, à savoir : La tenue à jour et la conservation de la liste à jour des sujets de recherche recrutés dans notre établissement. Cette liste devra nous être fournie sur demande.

La présente autorisation peut être suspendue ou révoquée par notre établissement en cas de non-respect des conditions établies. Le CÉR évaluateur en sera alors informé.

Cette autorisation de réaliser la recherche dans notre établissement sera renouvelée annuellement à la date du renouvellement de l'approbation éthique du CÉR évaluateur.

APPENDICE D
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Introduction

Vous êtes invité à prendre part à un projet s'inspirant des travaux menés dans les pays scandinaves, portant sur les pratiques et défis liés à la certification d'une invalidité au travail. À notre connaissance, il est le premier de la sorte au Québec.

Questions

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

« Entre fournisseur de soins et prescripteur de l'incapacité au travail: quel est le rôle et les défis du médecin traitant? Un portrait quantitatif de la réalité au Québec. »

PRÉAMBULE

Vous êtes invité(e) à prendre part à ce projet de thèse doctorale en psychologie. Ce projet de recherche s'inspire des travaux menés dans les pays scandinaves et a pour but de mieux comprendre les enjeux reliés aux demandes, responsabilités et procédures entourant l'émission de certificats d'incapacité au travail. Nous savons que ces demandes sont exigeantes en termes de temps et qu'elles peuvent parfois être ardues pour le clinicien. Nous aimerions mieux comprendre la situation au Québec, c'est-à-dire les pratiques, défis et difficultés rencontrés par le clinicien. Ce projet se veut donc une amorce à des travaux qui auront pour but de développer des outils dans le but de faciliter le processus, via des programmes de formation ou encore de faciliter la communication entre les différents partis.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Identification

Chercheur responsable: Lauriane Drolet, 438-863-8063

Département, centre ou institut : Département de psychologie

Adresse postale: Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888 succursale Centre-ville, Montréal (Québec), H3C 3P8

Adresse courriel: laurianed@gmail.com

Membre(s) de l'équipe : Jacques Forget, D.Ps.: Tel: 514-987-3000 x7776

OBJECTIFS DU PROJET ET FINANCEMENT

Le premier objectif du projet est de traduire et d'adapter le questionnaire : questionnaire to physicians about their sickness-certification practices, en français.

Le second vise à mieux comprendre les pratiques, défis et difficultés rencontrés par les médecins lors de tâches visant la certification d'une invalidité au travail

Le présent projet est financé par le Laboratoire des sciences appliquées du comportement (LSAC), dirigé par M. Jacques Forget, D.Ps.

PROCÉDURES ET TÂCHES DEMANDÉES AUX PARTICIPANTS

Votre participation consiste à

1 – répondre à 4 vignettes cliniques. Vous pourrez remplir ce questionnaire en ligne au moment qui vous convient le plus. **Notez qu'il vous sera possible de cesser de répondre aux questionnaires et d'y revenir ultérieurement.**

2- répondre au questionnaire : "questionnaire to physicians about their sickness-certification practices", en français. Vous pourrez remplir ce questionnaire en ligne au moment qui vous convient le plus. **Notez qu'il vous sera possible de cesser de répondre aux questionnaires et d'y revenir ultérieurement.**

Le temps total pour compléter les deux parties est de 30 à 35 minutes.

AVANTAGES ET RISQUES POTENTIELS

La participation contribuera à l'avancement des connaissances par rapport aux pratiques, difficultés et défis rencontrés par les médecins lors de tâches visant l'émission de certificats d'invalidité. Ces données consisteront en une amorce pour des travaux futurs visant à améliorer les pratiques. Étant donné que votre participation nécessite seulement qu'une introspection sur vos pratiques, votre participation à cette étude ne représente qu'un risque minimal d'inconfort face aux questions qui vous seront posées. Si vous ressentez un quelconque inconfort, vous pouvez communiquer avec Lauriane Drolet (d.laurianed@gmail.com) ou 438-863-8063 afin d'obtenir davantage d'informations sur la façon de répondre au questionnaire.

ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que tous les renseignements recueillis lors de la passation des questionnaires sont confidentiels. Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux données. Tout le matériel de recherche ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément en lieu sûr au laboratoire de la chercheure responsable pour la durée totale du projet.

Afin de protéger votre identité et la confidentialité des données recueillies auprès de vous, vous serez toujours identifié(e) par un code alphanumérique. Ce code associé à votre nom ne sera connu que de la chercheure responsable du projet (et de son délégué).

Les données numériques et votre consentement numérique seront effacés au terme de 7 ans suivant la dernière publication

Votre adresse courriel ne sera qu'utilisée que pour vous transmettre une copie des résultats à votre demande. Ces données seront connues uniquement de la chercheuse responsable (et de son délégué).

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure. Par ailleurs, vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette étude, sans préjudice de quelque nature que ce soit et sans avoir à vous justifier. Dans ce cas, et à moins d'une directive contraire de votre part, les documents vous concernant seront détruits.

Votre accord à participer implique également que vous acceptez que l'équipe de recherche puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, mémoires et thèses des étudiants membres de l'équipe, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'Université du Québec à Montréal de leurs obligations légales et professionnelles.

RECHERCHES ULTÉRIEURES

Au terme du présent projet, nous aimerions conserver sur une période de 7 ans les données recueillies pour conduire d'autres projets de recherche. Les règles d'éthique du présent projet s'appliquent à cette conservation de vos données. Vous êtes libres de refuser cette utilisation secondaire.

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS

Pour des questions additionnelles sur le projet, sur votre participation et sur vos droits en tant que participant de recherche, ou pour vous retirer du projet, vous pouvez communiquer avec :

Lauriane Drolet

Numéro de téléphone : 438-863-8063 Adresse courriel : d.laurianed@gmail.com

REMERCIEMENTS

Votre collaboration est importante à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des principaux résultats de cette recherche, veuillez ajouter vos coordonnées à l'effet prévu.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité d'éthique de la recherche pour étudiants (CERPE) de l'Université du Québec à Montréal. Pour toute question ne pouvant être adressée au directeur de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter la Présidente du CERPE, par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro [514-987-3000 #3642](tel:514-987-3000) ou par courriel à sergent.julie@uqam.ca.

Je déclare avoir lu et compris

- le présent formulaire d'information et de consentement;
- la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire;
- je consens volontairement à participer à ce projet de recherche;- je comprends les objectifs du projet et ce que ma participation implique;
- je confirme avoir disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer;
- je reconnais aussi que le responsable du projet (ou son délégué) a répondu à mes questions de manière satisfaisante; et

-je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner

Je consens ____ Je refuse ____

RECHERCHES ULTÉRIEURES

Au terme du présent projet, nous aimerions conserver sur une période de 7 ans les données recueillies auprès de vous pour conduire d'autres projets de recherche. Les règles d'éthique du présent projet s'appliquent à cette conservation à long terme de vos données. Vous êtes libre de refuser cette utilisation secondaire.

J'accepte que mes données puissent être utilisées pour des projets de recherche ultérieurs Je refuse que mes données puissent être utilisées pour des projets de recherche ultérieurs

Souhaitez-vous connaître les résultats de la présente étude (une copie de la publication scientifique vous sera acheminée) ? Si oui, veuillez indiquer votre courriel ci-bas, si non veuillez indiquer non.

Afin de participer à cette étude, vous devez:

-Maîtriser le français écrit

-Avoir complété au minimum un certificat d'incapacité au travail/formulaire pour cause de problème de santé mentale

Répondez-vous à ces deux critères d'inclusion?

Oui Non



Merci pour votre précieuse collaboration

Conclusion

Politique de confidentialité Afin d'assurer l'anonymat de vos réponses :

1. L'envoi des réponses se fait à l'aide d'un codage sécurisé.
2. Le serveur est situé à Montréal et vos réponses sont protégées par les lois canadiennes sur la vie privée.
3. Nous nous engageons à effacer les données du serveur à la fin de l'étude et de les conserver dans un ordinateur protégé par un mot de passe en dehors d'Internet. Les données du serveur Interceptum sont

RÉFÉRENCES

- ACCAP. (2017). *Déclaration du médecin traitant*. Retrieved March from [https://www.clhia.ca/web/CLHIA_LP4W_LND_Webstation.nsf/resources/Standard_Forms/\\$file/Attending+Physician+Statement+LTD+2017+FR.pdf](https://www.clhia.ca/web/CLHIA_LP4W_LND_Webstation.nsf/resources/Standard_Forms/$file/Attending+Physician+Statement+LTD+2017+FR.pdf)
- ACCAP. (2021). *Glossaire de termes d'assurance*. Retrieved April from https://www.clhia.ca/web/CLHIA_LP4W_LND_Webstation.nsf/page/A9AD923AC775A46485257817005F5B43!OpenDocument
- Arrelöv, B., Alexanderson, K., Hagberg, J., Löfgren, A., Nilsson, G., & Ponzer, S. (2007). Dealing with sickness certification – a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC Public Health*, 7(1), 273. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-273>
- Arrelöv, B., Borgquist, L., Ljungberg, D., & Svärdsudd, K. (2001). Do GPs sick-list patients to a lesser extent than other physician categories? A population-based study. *Fam Pract*, 18(4), 393-398. <https://doi.org/10.1093/fampra/18.4.393>
- Asch, D. A., Jedrzejewski, M. K., & Christakis, N. A. (1997). Response rates to mail surveys published in medical journals. *Journal of clinical epidemiology.*, 50(10), 1129.
- Association médicale canadienne. (2017). *Les formulaires des tiers*. Retrieved June 24 from https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/e-Panle-Surveys/cma_policy_third_party_forms_update_2017_pd17-02-f.pdf
- Autorité des marchés financiers. (2019). *Rapport de l'intervention transversale en assurance invalidité collective*. Retrieved June 12 from https://lautorite.qc.ca/fileadmin/lautorite/grand_public/publications/professionnels/assurance/Rapport-intervention-transversale-assurance-invalidite-collective_fr.pdf
- Autorité des marchés financiers. (2020). *Assurance invalidité: 8 questions répondues*. Retrieved July 1 from <https://lautorite.qc.ca/grand-public/assurance/assurances-collectives/assurance-invalidite/>
- Avantages. (2017). *Manuvie bonifie la couverture en santé mentale de ses employés*. Retrieved August from <https://www.avantages.ca/sante/sante-mentale/manuvie-bonifie-la-couverture-en-sante-mentale-de-ses-employes/>
- Bachmann, M., de Boer, W., Schandelmaier, S., Leibold, A., Marelli, R., Jeger, J., Hoffmann-Richter, U., Mager, R., Schaad, H., Zumbunn, T., Vogel, N., Bänziger, O., Busse, J. W., Fischer, K., & Kunz, R. (2016). Use of a structured functional evaluation process for independent medical evaluations of claimants presenting with disabling mental illness: rationale and design for a multi-center reliability study. *BMC psychiatry*, 16, 271-271. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0967-6>
- Barth, J., de Boer, W. E. L., Busse, J. W., Hoving, J. L., Kedzia, S., Couban, R., Fischer, K., von Allmen, D. Y., Spanjer, J., & Kunz, R. (2017). Inter-rater agreement in evaluation of disability: systematic review of reproducibility studies. *BMJ*, 356, j14. <https://doi.org/10.1136/bmj.j14>
- Benefits Canada. (2018). *Work-focused CBT can help depressed employees remain on the job*. Retrieved July from <https://www.benefitscanada.com/news/bencan/work-focused-cbt-can-help-depressed-employees-remain-on-the-job/>
- Bertilsson, M., Maeland, S., Löve, J., Ahlborg, G., Jr., Werner, E. L., & Hensing, G. (2018). The capacity to work puzzle: a qualitative study of physicians' assessments for patients with common mental disorders. *BMC Fam Pract*, 19(1), 133. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0815-5>
- Bird, S. (2011). Sickness certification. *Aust Fam Physician*, 40(1-2), 69-71.
- Bollag, U., Rajeswaran, A., Ruffieux, C., & Burnand, B. (2007). Sickness certification in primary care - the physician's role. *Swiss Med Wkly*, 137(23-24), 341-346.

- Brage, S., & Reiso, H. (1999). [Work ability and gender--physicians' assessment of sick-listed patients]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 119(25), 3737-3740. (Arbeidsevne og kjønn--legers vurderinger av sykmeldte.)
- Bränström, R., Arrelöv, B., Gustavsson, C., Kjeldgård, L., Ljungquist, T., Nilsson, G. H., & Alexanderson, K. (2013). Reasons for and factors associated with issuing sickness certificates for longer periods than necessary: results from a nationwide survey of physicians. *BMC Public Health*, 13(1), 478. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-478>
- Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S. E., Blonk, R. W. B., Schaufeli, W. B., & Wijngaards-de Meij, L. (2019). Predicting the Effectiveness of Work-Focused CBT for Common Mental Disorders: The Influence of Baseline Self-Efficacy, Depression and Anxiety. *J Occup Rehabil*, 29(1), 31-41. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9760-3>
- Brijnath, B., Mazza, D., Singh, N., Kosny, A., Ruseckaite, R., & Collie, A. (2014). Mental Health Claims Management and Return to Work: Qualitative Insights from Melbourne, Australia. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(4), 766-776. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9506-9>
- Campbell, A., & Ogden, J. (2006). Why do doctors issue sick notes? An experimental questionnaire study in primary care. *Family Practice*, 23(1), 125-130. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi099>
- Canada, G. d. (2021). *Assurance invalidité*. Retrieved April from <https://www.canada.ca/fr/agence-consommation-matiere-financiere/services/assurance/invalidite.html>
- Canadian Life and Health Insurance Industry. (2020). *Standard Forms*. Retrieved June 23 from https://www.clhia.ca/web/CLHIA_LP4W_LND_Webstation.nsf/page/02A87E24F02B6A5C8525821000567ED2!OpenDocument
- Canadian Medical Association. (2013). *The treating physician's role in helping patients return to work after an illness or injury (update 2013)*. Retrieved May 17 from <https://policybase.cma.ca/documents/policypdf/PD13-05.pdf>
- Canadian Society of Professionals in Disability Management. (2020). *The Impact of Disability in Canada*. Retrieved June 19 from <https://www.cspdm.ca/dm-in-context/impact-of-disability/>
- Capitale, L. (2017). *Demande de prestations d'assurance invalidité courte et longue durée*. Retrieved April from <https://static.lacapitale.com/pdf/fr/collectif/p122.pdf>
- Carchietta, G. A. (2015). Five Steps to Increasing Utilization of Your Employee Assistance Program. *Workplace Health & Safety*, 63(3), 132-132. <https://doi.org/10.1177/2165079915585054>
- Carlsson, L., Lännerström, L., Wallman, T., & Holmström, I. K. (2015). General practitioners' perceptions of working with the certification of sickness absences following changes in the Swedish social security system: a qualitative focus-group study. *BMC Fam Pract*, 16, 21. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0238-5>
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Ste-Marie, G., & Chartrand, É. (2018). *L'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux au Québec*. Université de Montréal. [http://www.irspum.umontreal.ca/Portals/0/Atlas_accessibilit \(reduit\).pdf](http://www.irspum.umontreal.ca/Portals/0/Atlas_accessibilit (reduit).pdf)
- Chen, J. J. (2007). Functional capacity evaluation & disability. *Iowa Orthop J*, 27, 121-127.
- Cho, Y. I., Johnson, T. P., & Vangeest, J. B. (2013). Enhancing surveys of health care professionals: a meta-analysis of techniques to improve response. *Eval Health Prof*, 36(3), 382-407. <https://doi.org/10.1177/0163278713496425>
- Colledge, A., Hunter, B., Bunkall, L. D., & Holmes, E. B. (2009). Impairment rating ambiguity in the United States: the Utah Impairment Guides for calculating workers' compensation impairments. *J Korean Med Sci*, 24 Suppl 2(Suppl 2), S232-241. <https://doi.org/10.3346/jkms.2009.24.S2.S232>
- Collège des Médecins. (2020). *Attestations et certificats médicaux en situation de pandémie : les précisions de la Direction des enquêtes*. Retrieved June 24 from <http://www.cmq.org/page/fr/covid-19-attestations-et-certificats-medicaux-en-situation-de-pandemie.aspx>

- Commission des normes, d. l. é., de la santé et de la sécurité du travail (2021). *Étapes d'une réclamation du travailleur*. Retrieved February 12 from <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/demarches-formulaires/travailleuses-travailleurs/accident-travail-maladie-professionnelle/etapes-dune-reclamation-travailleur>
- Converse, L., Barrett, K., Rich, E., & Reschovsky, J. (2015). Methods of Observing Variations in Physicians' Decisions: The Opportunities of Clinical Vignettes. *Journal of General Internal Medicine*, 30(3), 586-594. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3365-8>
- Coole, C., Nouri, F., Potgieter, I., & Drummond, A. (2015). Completion of fit notes by GPs: a mixed methods study. *Perspect Public Health*, 135(5), 233-242. <https://doi.org/10.1177/1757913915594197>
- Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Bastien, M. F., Wathieu, E., Bouchard, R., Panaccio, A., Guay, S., & Lecomte, T. (2019). 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*. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09861-2>
- Corbière, M., Samson, E., Negrini, A., St-Arnaud, L., Durand, M.-J., Coutu, M.-F., Sauvé, G., & Lecomte, T. (2016). Factors perceived by employees regarding their sick leave due to depression. *Disability and Rehabilitation*, 38(6), 511-519. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1046564>
- Corbière, M., Willems, L., Guay, S., Panaccio, A., Lecomte, T., & Mazaniello-Chézol, M. (2021). *Développement et implantation de l'application Web PRATICAdr: Plateforme de Retour Au Travail axée sur les Interactions et la Communication entre les Acteurs, intégrant un programme Durable favorisant le Rétablissement (submitted)*.
- Coudeyre, E., Rannou, F., Tubach, F., Baron, G., Coriat, F., Brin, S., Revel, M., & Poiraudou, S. (2006). General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain*, 124(3), 330-337. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.05.003>
- de Kort, W. L., Uiterweer, H. W., & van Dijk, F. J. (1992). Agreement on medical fitness for a job. *Scand J Work Environ Health*, 18(4), 246-251. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1582>
- Dell-Kuster, S., Lauper, S., Koehler, J., Zwimpfer, J., Altermatt, B., Zwimpfer, T., Zwimpfer, L., Young, J., Bucher, H. C., & Nordmann, A. J. (2014). Assessing work ability--a cross-sectional study of interrater agreement between disability claimants, treating physicians, and medical experts. *Scand J Work Environ Health*, 40(5), 493-501. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3440>
- Deloitte. (2019). *The ROI in workplace mental health programs: Good for people, good for business. A blueprint for workplace mental health programs*. Retrieved December 12 from <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/ca/Documents/about-deloitte/ca-en-about-blueprint-for-workplace-mental-health-final-aoda.pdf>
- Desjardins Insurance. (2020). *Attending Physician's Statement*. Retrieved June 22 from https://www.desjardinslifeinsurance.com/en/forms/Documents/020255A_Physician-statement_acc.pdf
- Desjardins Sécurité financière. (2021). *Revenus en cas d'invalidité*. Retrieved February 12 from https://www.desjardinsassurancevie.com/fr/assurance-epargne-particuliers-gens-affaires/Documents/Assurance_Solo.pdf
- Dewa, C. S., Chau, N., & Dermer, S. (2010). Examining the comparative incidence and costs of physical and mental health-related disabilities in an employed population. *J Occup Environ Med*, 52(7), 758-762. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181e8cfb5>
- Dewa, C. S., Hees, H., Trojanowski, L., & Schene, A. H. (2015). Clinician experiences assessing work disability related to mental disorders. *PLoS One*, 10(3), e0119009. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119009>
- Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., & Hees, H. (2014). Incidence rates of sickness absence related to mental disorders: a systematic literature review. *BMC Public Health*, 14, 205. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-205>

- Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 390(10100), 1211-1259. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32154-2)
- Durand, M.-J., Sylvain, C., Fassier, J.-B., Tremblay, D., Shaw, W. S., Anema, J. R., Loisel, P., Richard, M.-C., & Bernier, M. (2017). *Troubles musculosquelettiques Revue réaliste sur les bases théoriques des programmes de réadaptation incluant le milieu de travail*. I. d. r. R.-S. e. s. e. e. s. d. travail. <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-942.pdf?v=2021-05-04>
- Ekberg, K., Du, B., Bartel, E., & MacEachen, E. (2019). How Physicians Deal With the Task of Sickness Certification in Cause-Based and Comprehensive Disability Systems – A Scoping Review. *Am J Nur & Pract.* , 2(1), 01-10.
- Engblom, M., Alexanderson, K., Englund, L., Norrmén, G., & Rudebeck, C. E. (2010). When physicians get stuck in sick-listing consultations: a qualitative study of categories of sick-listing dilemmas. *Work (Reading, Mass.)*, 35(2), 137-142. <https://doi.org/10.3233/WOR-2010-0965>
- Engblom, M., Nilsson, G., Arrelöv, B., Löfgren, A., Skånér, Y., Lindholm, C., Hinas, E., & Alexanderson, K. (2011). Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. *Scand J Prim Health Care*, 29(4), 227-233. <https://doi.org/10.3109/02813432.2011.628235>
- Englund, L., Tibblin, G., & Svärdsudd, K. (2000). Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialties based on case vignettes. *Scand J Prim Health Care*, 18(1), 48-52. <https://doi.org/10.1080/02813430050202569>
- Excellence Canada. (2018). *Prix Canada pour l'excellence. Profil du récipiendaire*. Retrieved August from <https://excellence.ca/manuvie/?lang=fr>
- Fansi, A., Jehanno, C., Lapalme, M., Drapeau, M., & Bouchard, S. (2015). Efficacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez l'adulte : une revue de la littérature. *Santé mentale au Québec*, 40(4), 141-173. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1036098ar>
- Finnes, A., Enebrink, P., Ghaderi, A., Dahl, J., Nager, A., & Öst, L.-G. (2019). Psychological treatments for return to work in individuals on sickness absence due to common mental disorders or musculoskeletal disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 92(3), 273-293. <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1380-x>
- Ford, F. M., Ford, J., & Dowrick, C. (2000). Welfare to work: the role of general practice. *Br J Gen Pract*, 50(455), 497-500.
- Frank, J., Sinclair, S., Hogg-Johnson, S., Shannon, H., Bombardier, C., Beaton, D., & Cole, D. (1998). Preventing disability from work-related low-back pain. New evidence gives new hope--if we can just get all the players onside. *Cmaj*, 158(12), 1625-1631.
- Friesen, M. N., Yassi, A., & Cooper, J. (2001). Return-to-work: The importance of human interactions and organizational structures. *Work*, 17(1), 11-22.
- Gabbay, M., Shiels, C., & Hillage, J. (2016). Sickness certification for common mental disorders and GP return-to-work advice. *Prim Health Care Res Dev*, 17(5), 437-447. <https://doi.org/10.1017/s1463423616000074>
- Geiger, B. B., Garthwaite, K., Warren, J., & Bamba, C. (2018). Assessing work disability for social security benefits: international models for the direct assessment of work capacity. *Disability and Rehabilitation*, 40(24), 2962-2970. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1366556>
- Gerner, U., & Alexanderson, K. (2009). Issuing sickness certificates: a difficult task for physicians: a qualitative analysis of written statements in a Swedish survey. *Scand J Public Health*, 37(1), 57-63. <https://doi.org/10.1177/1403494808097170>

- Gouvernement du Canada. (2020). *Prestation d'invalidité du Régime de pensions du Canada – Aperçu*. Retrieved 5 mai from <https://www.canada.ca/fr/services/prestations/pensionspubliques/rpc/prestation-invalidite-rpc.html>
- Gouvernement du Québec. (2008). *Guide du médecin traitant. L'invalidité dans le Régime des rentes du Québec*. Québec: Gouvernement du Québec Retrieved from <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs48964>
- Government of United Kingdom. (2022). *Getting the most out of the fit note: guidance for GPs*. Department for work and pensions. Retrieved February 28 from <https://www.gov.uk/government/publications/fit-note-guidance-for-gps/getting-the-most-out-of-the-fit-note-guidance-for-gps>
- Gulbrandsen, P., Hofoss, D., Nylenna, M., Saltyte-Benth, J., & Aasland, O. G. (2007). General practitioners' relationship to sickness certification. *Scand J Prim Health Care*, 25(1), 20-26. <https://doi.org/10.1080/02813430600879680>
- Henderson, M., Glozier, N., & Elliott, K. H. (2005). Long term sickness absence. *BMJ*, 330(7495), 802-803. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7495.802>
- Hinkka, K., Niemelä, M., Autti-Rämö, I., & Palomäki, H. (2018). Physicians' experiences with sickness absence certification in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(8), 859-866. <https://doi.org/10.1177/1403494818758817>
- Holmgren, K., Fjällström-Lundgren, M., & Hensing, G. (2013). Early identification of work-related stress predicted sickness absence in employed women with musculoskeletal or mental disorders: a prospective, longitudinal study in a primary health care setting. *Disability and Rehabilitation*, 35(5), 418-426. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.695854>
- Holmgren, K., Hensing, G., Bültmann, U., Hadzibajramovic, E., & Larsson, M. E. H. (2019). Does early identification of work-related stress, combined with feedback at GP-consultation, prevent sick leave in the following 12 months? a randomized controlled trial in primary health care. *BMC Public Health*, 19(1), 1110. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7452-3>
- Hussey, S., Hoddinott, P., Wilson, P., Dowell, J., & Barbour, R. (2004). Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *BMJ*, 328(7431), 88. <https://doi.org/10.1136/bmj.37949.656389.EE>
- Institut canadien des actuaires. (2019). *Group Long-term Disability Termination Study*. Retrieved 2020 from <https://www.cia-ica.ca/docs/default-source/research/2019/219012e.pdf>
- Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail. (2021). *Pour un retour au travail durable. Aménagements des conditions de travail pour les travailleurs seniors âgés de 45 ans et plus*. Retrieved Octobre from <https://www.irsst.qc.ca/act45>
- Institut national de santé publique du Québec. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec :prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Retrieved 4 mai from https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf
- Institute for Health and Work. (2016). *The role of health-care providers in the workers' compensation system and return-to-work process: Final report*. Retrieved June 21 from <http://www.ciwa.ca/wp-content/uploads/2016/12/Final-report-HCP-study-Kosny-et-al-Dec-14-2016.pdf>
- Ito, D., Watanabe, A., Takeichi, S., Ishihara, A., & Yamamoto, K. (2019). A Preliminary Study of Work-Focused Cognitive Behavioural Group Therapy for Japanese Workers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(2), 251-256. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000280>
- IVAC. (2020). *Guide d'utilisation des formulaires médicaux de la Direction générale de l'IVAC*. Retrieved March from <https://www.ivac.qc.ca/Documents/DC200-1007-2.pdf>

- Johnston, S., Liddy, C., Hogg, W., Donskov, M., Russell, G., & Gyorfi-Dyke, E. (2010). Barriers and facilitators to recruitment of physicians and practices for primary care health services research at one centre. *BMC Medical Research Methodology*, 10(1), 109. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-109>
- Jones, T. V., Gerrity, M. S., & Earp, J. (1990). Written case simulations: do they predict physicians' behavior? *J Clin Epidemiol*, 43(8), 805-815. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(90\)90241-g](https://doi.org/10.1016/0895-4356(90)90241-g)
- Kankaanpää, A. T., Franck, J. K., & Tuominen, R. J. (2011). Variations in primary care physicians' sick leave prescribing practices. *European Journal of Public Health*, 22(1), 92-96. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr031>
- Kedzia, S., Kunz, R., Zeller, A., Rosemann, T., Frey, P., Sommer, J., Herzig, L., Alexanderson, K., & de Boer, W. E. (2015). Sickness certification in primary care: a survey on views and practices among Swiss physicians. *Swiss Med Wkly*, 145, w14201. <https://doi.org/10.4414/smw.2015.14201>
- Kiessling, A., & Arrelöv, B. (2012). Sickness certification as a complex professional and collaborative activity - a qualitative study. *BMC Public Health*, 12(1), 702. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-702>
- Kiessling, A., Arrelöv, B., Larsson, A., & Henriksson, P. (2013). Quality of medical certificates issued in long-term sick leave or disability in relation to patient characteristics and delivery of health care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(4), 412-420. <https://doi.org/10.1177/1403494813477928>
- Kilgour, E., Kosny, A., McKenzie, D., & Collie, A. (2015). Healing or harming? Healthcare provider interactions with injured workers and insurers in workers' compensation systems. *J Occup Rehabil*, 25(1), 220-239. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9521-x>
- King, L. S. (1968). Signs and Symptoms. *JAMA*, 206(5), 1063-1065. <https://doi.org/10.1001/jama.1968.03150050051011>
- Kreider, B. (1999). Latent Work Disability and Reporting Bias. *Journal of Human Resources*, 34(4), 734-769. <https://EconPapers.repec.org/RePEc:uwp:jhriss:v:34:y:1999:i:4:p:734-769>
- Krohne, & Brage. (2008). How GPs in Norway conceptualise functional ability: a focus group study. *British Journal of General Practice*, 58(557), 850-855.
- Krohne, K., & Brage, S. (2008). How GPs in Norway conceptualise functional ability: a focus group study. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners.*, 58(557), 850-855. <https://doi.org/10.3399/bjgp08X376131>
- La Capitale. (2021). Assurance salaire. Retrieved April from <https://www.lacapitale.com/fr/particuliers/assurances/assurance-collective/assurance-salaire>
- Lagerveld, S. E., Blonk, R. W., Brenninkmeijer, V., Wijngaards-de Meij, L., & Schaufeli, W. B. (2012). Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. *J Occup Health Psychol*, 17(2), 220-234. <https://doi.org/10.1037/a0027049>
- Lang, J. J., Alam, S., Cahill, L. E., Drucker, A. M., Gotay, C., Kayibanda, J. F., Kozloff, N., Mate, K. K. V., Patten, S. B., & Orpana, H. M. (2018). Global Burden of Disease Study trends for Canada from 1990 to 2016. *Canadian Medical Association Journal*, 190(44), E1296. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180698>
- Lapointe, C. (1991). *Contexte de travail et SST. Bilans de connaissances*. I. d. r. R.-S. e. s. e. e. s. c. d. travail.
- Larouche, C. (2012). Le certificat médical à remplir minutieusement. *Le Médecin du Québec*, 47(7), 73-75. <https://lemedecinduquebec.org/Media/116180/073-075Droitaubut0712.pdf>
- Larsen, T., & Jenkins, L. (2005). *Evaluation of online learning module about sickness certification for general practitioners (Report No. 304)*https://www.researchgate.net/profile/Linda_Jenkins2/publication/237229975_Evaluation_of_Online_Learning_Module_About_Sickness_Certification_for_General_Practitioners/links/0deec53c797ea2a732000000.pdf

- Lax, M. B., Manetti, F. A., & Klein, R. A. (2004). Medical evaluation of work-related illness: evaluations by a treating occupational medicine specialist and by independent medical examiners compared. *Int J Occup Environ Health*, 10(1), 1-12. <https://doi.org/10.1179/oeh.2004.10.1.1>
- Lesage, A., Vasiliadis, H., Gagné, M., Dudgeon, S., Kasman, N., & Hay, C. (2006). Prevalence of mental illnesses and related service utilization in Canada: An analysis of the Canadian Community Health Survey. www.ccmhi.ca
- Letrilliart, L., & Barrau, A. (2012). Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: a systematic review. *Eur J Gen Pract*, 18(4), 219-228. <https://doi.org/10.3109/13814788.2012.727795>
- Lévesque, F. (2005). *L'Interprétation de la notion d'invalidité dans les régimes publics d'assurance et dans les régimes de sécurité sociale*. Retrieved June 24 from https://www.usherbrooke.ca/droit/fileadmin/sites/droit/documents/RDUS/volume_36/36-12-levesque.pdf
- Lindenberg, B. (2014). *Disability costs: The rocky road ahead*. Retrieved August 17 from <https://www.benefitscanada.com/benefits/disability-management/disability-costs-the-road-ahead-58361>
- Lindholm, C., Arrelöv, B., Nilsson, G., Löfgren, A., Hinas, E., Skånér, Y., Ekmer, A., & Alexanderson, K. (2010). Sickness-certification practice in different clinical settings; a survey of all physicians in a country. *BMC Public Health*, 10, 752. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-752>
- Ljungquist, T., Arrelöv, B., Lindholm, C., Wilteus, A. L., Nilsson, G. H., & Alexanderson, K. (2012). Physicians who experience sickness certification as a work environmental problem: where do they work and what specific problems do they have? A nationwide survey in Sweden. *BMJ Open*, 2(2), e000704. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000704>
- Löfgren, A. (2010). *Physicians' Sickness Certification Practices. Frequency, Problems, and Learning* [Karolinska Institutet]. Stockholm.
- Löfgren, A., Hagberg, J., Arrelöv, B., Ponzer, S., & Alexanderson, K. (2007). Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: a cross-sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scand J Prim Health Care*, 25(3), 178-185. <https://doi.org/10.1080/02813430701430854>
- Löfgren, A., Silén, C., & Alexanderson, K. (2011). How physicians have learned to handle sickness-certification cases. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(3), 245-254. <https://doi.org/10.1177/1403494810393301>
- Loignon, C., & Boudreault-Fournier, A. (2013). La flexibilité des médecins offrant des soins de première ligne aux personnes en situation de pauvreté : la compétence sociale revisitée. *Healthcare Policy*, 9, 59-70.
- Loisel, P., Durand, M. J., Baril, R., Gervais, J., & Falardeau, M. (2005). Interorganizational collaboration in occupational rehabilitation: perceptions of an interdisciplinary rehabilitation team. *J Occup Rehabil*, 15(4), 581-590. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8036-x>
- Macdonald, S., Maxwell, M., Wilson, P., Smith, M., Whittaker, W., Sutton, M., & Morrison, J. (2012). "A powerful intervention: general practitioners'; use of sickness certification in depression". *BMC Family Practice*, 13(1), 82. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-82>
- Maness, D. L., & Khan, M. (2015). Disability evaluations: more than completing a form. *Am Fam Physician*, 91(2), 102-109.
- Marcoux, L. (2007). Les limitations fonctionnelles une porte ouverte (ou fermée) vers la réadaptation et le retour au travail. *Le Médecin du Québec*, 42(7), 41-47. https://fmoq-legacy.s3.amazonaws.com/fr/Le%20Medecin%20du%20Quebec/Archives/2000%20-%202009/04_1-047DrMarcoux0707.pdf

- Marshall, P. (2022). *Résolution des conflits*. Association Médicale Canadienne. Retrieved May 14 from <https://www.cma.ca/fr/carrefour-bien-etre-medecins/ressources/gestion-prevention-conflits/resolution-de-conflits-en-medecine>
- Mattila-Holappa, P., Joensuu, M., Ahola, K., Koskinen, A., Tuisku, K., Ervasti, J., & Virtanen, M. (2016). Psychotherapeutic and work-oriented interventions: employment outcomes among young adults with work disability due to a mental disorder. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0101-7>
- Mazza, D., Brijnath, B., Chakraborty, S. P., And the Guideline Development Group, & 2019. (2019). *Clinical guideline for the diagnosis and management of work-related mental health conditions in general practice*. .
- Mazza, D., Brijnath, B., Singh, N., Kosny, A., Ruseckaite, R., & Collie, A. (2015). General practitioners and sickness certification for injury in Australia. *BMC Fam Pract*, 16, 100. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0307-9>
- McKay, A.-M. (2008). *Opter ou non pour des antidépresseurs dans le traitement de jeunes adultes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Étude de facteurs non médicaux modulant la décision des médecins de famille pratiquant en CLSC ou en UMF*. Université Laval].
- Mental Health Commission of Canada. (2016). *Making the Case for Investing in Mental Health in Canada*. Retrieved June 25 from [https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-06/Investing in Mental Health FINAL Version ENG.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-06/Investing%20in%20Mental%20Health%20FINAL%20Version%20ENG.pdf)
- Mental Health Commission of Canada. (2017). *Mental Health Commission of Canada Releases Implementation Findings on National Standard for Psychological Health and Safety in the Workplace*. Retrieved June 19 from <https://www.mentalhealthcommission.ca/English/csrp-news-release>
- MIST-CAPRIT. (2017). *Outil pour favoriser le dialogue en réadaptation au travail, Longueuil, Québec*. Retrieved April from [https://www.usherbrooke.ca/caprit/fileadmin/user_upload/Outil_dialogue MIST-CAPRIT_final.pdf](https://www.usherbrooke.ca/caprit/fileadmin/user_upload/Outil_dialogue_MIST-CAPRIT_final.pdf)
- Morneau Shepell. (2020). *Attending Physician's Statement*. Retrieved June 22 from <http://cupw-sttp.ca/STDP%20APPLICATION%20KIT.pdf>
- Myfanwy, M. (2008). The Doctor-Patient Relationship. In S. Graham (Ed.), *Sociology as applied to medicine* (6 ed., pp. 55-70). Elsevier.
- Nature. (2020). *Nature portofolio: signs and symptoms*. Nature. Retrieved March from <https://www.nature.com/subjects/signs-and-symptoms>
- Nilsen, S., Werner, E. L., Maeland, S., Eriksen, H. R., & Magnussen, L. H. (2011). Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and composite health complaints. *Scand J Prim Health Care*, 29(1), 7-12. <https://doi.org/10.3109/02813432.2010.514191>
- Nordling, P., Priebe, G., Björkelund, C., & Hensing, G. (2020). Assessing work capacity - reviewing the what and how of physicians' clinical practice. *BMC Fam Pract*, 21(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01134-9>
- Norrmén, G., Svärdsudd, K., & Andersson, D. K. G. (2008). How primary health care physicians make sick listing decisions: The impact of medical factors and functioning. *BMC Family Practice*, 9(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-9-3>
- O'Fallon, E., & Hillson, S. (2005). Brief report: Physician discomfort and variability with disability assessments. *Journal of General Internal Medicine*, 20(9), 852-854. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0177.x>

- OECD. (2010). *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles*. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/maladie-invalidite-et-travail-surmonter-les-obstacles_9789264088870-fr#page96
- OECD. (2011). *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*. Retrieved September 5 from <https://www.oecd.org/els/emp/49227343.pdf>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2005). *Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie*.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2020). Occupation: ergothérapeute. *La revue des ergothérapeutes du Québec*, 1(1), 11-31.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2021). *L'infirmière praticienne spécialisée et sa pratique. Lignes directrices*. Retrieved Août from <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2529-ips-lignes-directrices-web.pdf>
- Organisation de coopération et de développement économique. (2009). *Prestations d'invalidité : voies d'accès et de sortie. Évaluation du rôle des politiques publiques et des situations individuelles*. Retrieved June 24 from <https://www.oecd.org/els/emp/45219985.pdf>
- Organisation de coopération et de développement économique. (2016). *The share of disability benefit recipients is among the highest in OECD countries*. Retrieved May 2 from https://www.oecd-ilibrary.org/economics/economic-policy-reforms-2016/the-share-of-disability-benefit-recipients-is-among-the-highest-in-oecd-countries_growth-2016-graph12-en
- Organisation mondiale de la santé. (2001a). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Retrieved August 2 from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organisation mondiale de la santé. (2001b). *Mental disorders affect one in four people*. Retrieved July 23 from https://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/
- Organisation mondiale de la santé. (2011). *Understanding disability*. Retrieved August 3 from https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/chapter1.pdf?ua=1
- Organisation mondiale de la santé. (2019). *Mental health in the workplace*. Retrieved July 23 from https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/en/
- Parkinson, A., Jorm, L., Douglas, K. A., Gee, A., Sargent, G. M., Lujic, S., & McRae, I. S. (2015). Recruiting general practitioners for surveys: reflections on the difficulties and some lessons learned. *Aust J Prim Health*, 21(2), 254-258. <https://doi.org/10.1071/py13129>
- Peterson, S., Eriksson, M., & Tibblin, G. (1997). Practice variation in Swedish primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 15(2), 68-75. <https://doi.org/10.3109/02813439709018490>
- Pomaki, G., Franche, R.-L., Khushrushahi, N., Murray, E., Lampinen, T., & Mah, P. (2010). *Best Practices for Return-to-work/Stay-at-work Interventions for Workers with Mental Health Conditions*. https://www.ccohs.ca/products/webinars/best_practices_rtw.pdf
- Pransky, G., Katz, J. N., Benjamin, K., & Himmelstein, J. (2002). Improving the physician role in evaluating work ability and managing disability: a survey of primary care practitioners. *Disabil Rehabil*, 24(16), 867-874. <https://doi.org/10.1080/09638280210142176>
- Pransky, G., Shaw, W., Franche, R. L., & Clarke, A. (2004). Disability prevention and communication among workers, physicians, employers, and insurers--current models and opportunities for improvement. *Disabil Rehabil*, 26(11), 625-634. <https://doi.org/10.1080/09638280410001672517>
- Provencher, Y. (2005). *La Mesure de l'incapacité : Un état des lieux*. U. Laval. https://www.cms.fss.ulaval.ca/upload/svs/fichiers/la_mesure_de_lincapacit_-_rapport_final.pdf
- Reme, S. E., Grasdal, A. L., Løvvik, C., Lie, S. A., & Øverland, S. (2015). Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a

- randomised controlled multicentre trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 72(10), 745. <https://doi.org/10.1136/oemed-2014-102700>
- Retraite Quebec. (2019). *Admissibilité à la rente d'invalidité du Régime de rentes du Québec*. Retrieved Mai 22 from <https://www.rrq.gouv.qc.ca/fr/invalidite/definition/Pages/admissibilite.aspx>
- Reynolds, C. A., Wagner, S. L., & Harder, H. G. (2006). Physician-stakeholder collaboration in Disability Management: a Canadian perspective on guidelines and expectations. *Disabil Rehabil*, 28(15), 955-963. <https://doi.org/10.1080/09638280500387112>
- Roelen, C. A. M., Norder, G., Koopmans, P. C., van Rhenen, W., van der Klink, J. J. L., & Bültmann, U. (2012). Employees Sick-Listed with Mental Disorders: Who Returns to Work and When? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(3), 409-417. <https://doi.org/10.1007/s10926-012-9363-3>
- Roope, R., Parker, G., & Turner, S. (2009). General practitioners' use of sickness certificates. *Occupational Medicine*, 59(8), 580-585. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqp147>
- Rothermund, E., Gündel, H., Rottler, E., Hölzer, M., Mayer, D., Rieger, M., & Kilian, R. (2016). Effectiveness of psychotherapeutic consultation in the workplace: a controlled observational trial. *BMC Public Health*, 16(1), 891. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3567-y>
- Rudbeck, M., & Fonager, K. (2011). Agreement between medical expert assessments in social medicine. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(7), 766-772. <https://doi.org/10.1177/1403494811418282>
- Russell, E., & Kosny, A. (2019). Communication and collaboration among return-to-work stakeholders. *Disability and Rehabilitation*, 41(22), 2630-2639. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1472815>
- Russell, G., Brown, J. B., & Stewart, M. (2005). Managing injured workers: family physicians' experiences. *Canadian Family Physician*, 51(1), 78-79. <https://www.cfp.ca/content/cfp/51/1/78.full.pdf>
- Sallis, A., Birkin, R., & Munir, F. (2010). Working towards a 'fit note': An experimental vignette survey of GPs. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 60, 245-250. <https://doi.org/10.3399/bjgp10X483896>
- Sawney, P. (2002). Current issues in fitness for work certification. *British Journal of General Practice*, 52(476), 217. <http://bjgp.org/content/52/476/217.abstract>
- Schreuder, J. A. H., Roelen, C. A. M., de Boer, M., Brouwer, S., & Groothoff, J. W. (2012). Inter-physician agreement on the readiness of sick-listed employees to return to work. *Disability and Rehabilitation*, 34(21), 1814-1819. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.665125>
- Scott, A., Jeon, S.-H., Joyce, C. M., Humphreys, J. S., Kalb, G., Witt, J., & Leahy, A. (2011). A randomised trial and economic evaluation of the effect of response mode on response rate, response bias, and item non-response in a survey of doctors. *BMC Medical Research Methodology*, 11(1), 126. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-126>
- Share Lawyers. (2020). *How can I change my insurers mind once they deny my benefits at the change of definition point*. Retrieved August 17 from <https://www.sharelawyers.com/blog/2015/03/how-can-i-change-my-insurers-mind-once-they-deny-my-benefits-at-the-change-of-definition-point.html>
- Shutzberg, M. (2019). Unsanctioned techniques for having sickness certificates accepted: a qualitative exploration and description of the strategies used by Swedish general practitioners *SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE* (1), 10-17. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1569426>
- Singh, R., & O'Hagan, F. (2019). "Apping Up": Prospects for Information Technology Innovation in Return to Work Communication. *J Occup Rehabil*, 29(1), 104-118. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9768-8>

- Skånér, Y., Arrelöv, B., Backlund, L. G., Fresk, M., Aström, A. W., & Nilsson, G. H. (2013). Quality of sickness certification in primary health care: a retrospective database study. *BMC Fam Pract*, *14*, 48. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-48>
- Slebus, F. G., Kuijer, P. F. M., Willems, J. H. B. M., Frings-Dresen, M. H. W., & Sluiter, J. K. (2010a). Work ability assessment in prolonged depressive illness. *Occupational Medicine*, *60*(4), 307-309. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq079>
- Slebus, F. G., Kuijer, P. P., Willems, J. H., Frings-Dresen, M. H., & Sluiter, J. K. (2010b). Work ability assessment in prolonged depressive illness. *Occup Med (Lond)*, *60*(4), 307-309. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq079>
- Slebus, F. G., Sluiter, J. K., Kuijer, P. P. F. M., Willems, J. H. B. M., & Frings-Dresen, M. H. W. (2007). Work-ability evaluation: A piece of cake or a hard nut to crack? *Disability and Rehabilitation*, *29*(16), 1295-1300. <https://doi.org/10.1080/09638280600976111>
- Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C. E., Ahmad, S., & Khan, M. (2011). *The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada: 2011 to 2041*. o. b. o. t. M. H. C. o. C. RiskAnalytica. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_Report_Base_Case_FINAL_ENG_0_0.pdf
- Söderberg, E., & Alexanderson, K. (2005). Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. *Scandinavian Journal of Public Health*, *33*(4), 314-320. <https://doi.org/10.1080/14034940510005798>
- Söderberg, E., & Mussener, U. (2008). Entitlement to Sickness Benefits in Sweden: The Social Insurance Officers Experiences. *Environmental Health Insights*, *2*, EHI.S858. <https://doi.org/10.4137/EHI.S858>
- Soklaridis, S., Tang, G., Cartmill, C., Cassidy, J. D., & Andersen, J. (2011). "Can you go back to work?": Family physicians' experiences with assessing patients' functional ability to return to work. *Can Fam Physician*, *57*(2), 202-209.
- Solli, H. M., & Barbosa da Silva, A. (2019). Physicians in the double role of treatment provider and expert in light of principle-based social insurance medical ethics. *Etikk i praksis - Nordic Journal of Applied Ethics*, *13*, 81-97. <https://doi.org/10.5324/eip.v13i2.2911>
- Spanjer, J., Groothoff, J. W., & Brouwer, S. (2011). Instruments used to assess functional limitations in workers applying for disability benefit: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, *33*(22-23), 2143-2150. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.570413>
- St-Arnaud, L., Bourbonnais, R., Saint-Jean, M., & Rhéaume, J. (2007). Determinants of Return-to-Work among Employees Absent Due to Mental Health Problems. *Relations industrielles / Industrial Relations*, *62*(4), 690-713. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/016957ar>
- Starzmann, K. (2018). *The physician and the sickness certification* [University of Gothenburg]. Sweden. <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/54197>
- Starzmann, K., Hjerpe, P., & Boström, K. B. (2019). The quality of the sickness certificate. A case control study of patients with symptom and disease specific diagnoses in primary health care in Sweden. *Scand J Prim Health Care*, *37*(3), 319-326. <https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1639905>
- Steenbeek, R., Schellart, A. J. M., Mulders, H., Anema, J. R., Kroneman, H., & Besseling, J. (2011). The development of instruments to measure the work disability assessment behaviour of insurance physicians. *BMC Public Health*, *11*(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-1>
- Stigmar, K., Grahn, B., & Ekdahl, C. (2010). Work ability – experiences and perceptions among physicians. *Disability and Rehabilitation*, *32*(21), 1780-1789. <https://doi.org/10.3109/09638281003678309>
- Sturesson, M., Bylund, S. H., Edlund, C., Falkdal, A. H., & Bernspång, B. (2015). Quality in sickness certificates in a Swedish social security system perspective. *Scandinavian Journal of Public Health*, *43*(8), 841-847. <https://doi.org/10.1177/1403494815597163>

- Sturesson, M., Edlund, C., Fjellman-Wiklund, A., Falkdal, A. H., & Bernspång, B. (2013a). Work ability as obscure, complex and unique: views of Swedish occupational therapists and physicians. *Work (Reading, Mass.)*, 45(1), 117-128. <https://doi.org/10.3233/wor-2012-1416>
- Sturesson, M., Edlund, C., Fjellman-Wiklund, A., Falkdal, A. H., & Bernspång, B. (2013b). Work ability as obscure, complex and unique: Views of Swedish occupational therapists and physicians. *Work*, 45, 117-128. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1416>
- Sunlife Financial. (2020a). *Attending Physician's Questionnaire*. Retrieved June 22 from [https://www.sunlife.ca/static/canada/Sponsor/About%20Group%20Benefits/Forms/Static%20files%20for%20the%20Forms%20page/STD_Plan_Member_\(Non-SunAdvantage\)_Package_E_enabled.pdf](https://www.sunlife.ca/static/canada/Sponsor/About%20Group%20Benefits/Forms/Static%20files%20for%20the%20Forms%20page/STD_Plan_Member_(Non-SunAdvantage)_Package_E_enabled.pdf)
- Sunlife Financial. (2020b). *Comment utiliser les informations sur la situation de la résolution pour gérer les absences*. Retrieved August 16 from http://www.sunlife.ca/files/web/demo/Demo/GB_Demos/GB_Sponsor/PSS/Fre-Sponsor/GroupBenefitsAbsence/guideToManageAbsences.pdf
- Sunlife Financial. (2020c). *Invalité de courte durée. Dossier du participant*. Retrieved August 16 from <https://www.sunlife.ca/static/canada/Sponsor/About%20Group%20Benefits/Forms/PDF%20static%20files/Package-Standard-PM-STD-F.pdf>
- Svärdssudd, L. E. K. (2000). Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18(2), 81-86. <https://doi.org/10.1080/028134300750018954>
- Swartling, M., Peterson, S., & Wahlström, R. (2007). Views on sick-listing practice among Swedish General Practitioners--a phenomenographic study. *BMC Fam Pract*, 8, 44. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-8-44>
- Swartling, M. S., Alexanderson, K., & Wahlstrom, R. A. (2008). Barriers to good sickness certification — an interview study with Swedish general practitioners. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(4), 408-414. <https://doi.org/10.1177/1403494808090903>
- Sylvain, C., Durand, M.-J., & Maillette, P. (2017). Insurers' Influences on Attending Physicians of Workers Sick-listed for Common Mental Disorders: What Are the Impacts on Physicians' Practices? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9744-8>
- Sylvain, C., Durand, M.-J., Maillette, P., & Lamothe, L. (2016). How do general practitioners contribute to preventing long-term work disability of their patients suffering from depressive disorders? A qualitative study. *BMC Family Practice*, 17(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0459-2>
- Tabril, T., Hammani, Z., Chekira, A., Qassimi, F., Bout, A., Aarab, C., Rammouz, I., & Alalouane, R. (2021). La prescription des psychotropes en médecine générale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 179(6), 514-518. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.08.010>
- Taiwo, O. A., & Cantley, L. (2008). Impairment and disability evaluation: the role of the family physician. *Am Fam Physician*, 77(12), 1689-1694.
- Talmage, J. B. (2007). Failure to communicate: how terminology and forms confuse the work ability/disability evaluation process. *J Insur Med*, 39(3), 192-198.
- Taylor, T., & Scott, A. (2018). Do Physicians Prefer to Complete Online or Mail Surveys? Findings From a National Longitudinal Survey. *Evaluation & the Health Professions*, 42(1), 41-70. <https://doi.org/10.1177/0163278718807744>
- Tengland, P.-A. (2011). The Concept of Work Ability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(2), 275-285. <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9269-x>
- Thériault, G., Grad, J. A., Dickinson, J. A., Breault, P., Singh, H., Bell, N. R., & Szafran, O. (2020). To share or not to share. When is shared decision making the best option? *Journal of the College Family Physician of Canada*, 66(5), 327-331. <https://www.cfp.ca/content/66/5/327?rss=1>

- Timpka, T., Hensing, G., & Alexanderson, K. (1995). Dilemmas in sickness certification among Swedish physicians. *European Journal of Public Health*, 5(3), 215-219. <https://doi.org/10.1093/eurpub/5.3.215>
- VanGeest, J. B., Johnson, T. P., & Welch, V. L. (2007). Methodologies for improving response rates in surveys of physicians: a systematic review. *Eval Health Prof*, 30(4), 303-321. <https://doi.org/10.1177/0163278707307899>
- Vänni, K., Neupane, S., & Nygård, C.-H. (2017). An effort to assess the relation between productivity loss costs and presenteeism at work. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 23(1), 33-43. <https://doi.org/10.1080/10803548.2016.1197578>
- Veloski, J., Tai, S., Evans, A. S., & Nash, D. B. (2005). Clinical Vignette-Based Surveys: A Tool for Assessing Physician Practice Variation. *American Journal of Medical Quality*, 20(3), 151-157. <https://doi.org/10.1177/1062860605274520>
- Vingård, E., Alexanderson, K., & Norlund, A. (2004). Chapter 9. Consequences of being on sick leave. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(Supplement 63/October 2004), 207-215.
- Von Knorring, M., Sundberg, L., Löfgren, A., & Alexanderson, K. (2008). Problems in sickness certification of patients: a qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scand J Prim Health Care*, 26(1), 22-28. <https://doi.org/10.1080/02813430701747695>
- Wahlström, R., & Alexanderson, K. (2004). Chapter 11. Physicians' sick-listing practices. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(Supplement 63/October 2004), 222-255.
- Walters, G., Blakey, K., & Dobson, C. (2009). Junior doctors need training in sickness certification. *Occupational Medicine*, 60(2), 152-155. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqp182>
- Walters, G., Blakey, K., & Dobson, C. (2010). Junior doctors need training in sickness certification. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 60, 152-155. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqp182>
- Waxman, A. (2021). *What do the terms limitations and restrictions mean and how do you prove what they are?* Retrieved February 12 from <https://www.awaxmanlaw.ca/disability/limitations-restrictions>
- Welsh, V. K., Mallen, C. D., Wynne-Jones, G., & Jinks, C. (2012). Exploration of GPs' views and use of the fit note: a qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract*, 62(598), e363-370. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X641483>
- Widera, E., Chang, A., & , & Chen, H. L. (2010). Presenteeism: A public health hazard. *Journal of General Internal Medicine*, 25, 1244-1247.
- Winde, L. D., Alexanderson, K., Carlsen, B., Kjeldgård, L., Wilteus, A. L., & Gjesdal, S. (2012). General practitioners' experiences with sickness certification: a comparison of survey data from Sweden and Norway. *BMC Fam Pract*, 13, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-10>
- Wynne-Jones, G., Mallen, C. D., Main, C. J., & Dunn, K. M. (2010). Sickness certification and the GP: what really happens in practice? *Fam Pract*, 27(3), 344-350. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmp096>
- Wynne-Jones, G., Mallen, C. D., Welsh, V., & Dunn, K. M. (2008). Rates of sickness certification in European primary care: a systematic review. *Eur J Gen Pract*, 14(3-4), 99-108. <https://doi.org/10.1080/13814780802687521>
- Yuguero Torres, O., Esquerda Aresté, M., Marsal Mora, J. R., & Soler-González, J. (2015). Association between Sick Leave Prescribing Practices and Physician Burnout and Empathy. *PLoS One*, 10(7), e0133379. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133379>
- Zack, O., Strul, I., Segal, N., Eden, I., Rinsky-Halivni, L., & Moshe, S. (2020). The Association Between PHQ-9 and Fitness for Work Among Depressive Patients. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 62(9). [https://journals.lww.com/joem/Fulltext/2020/09000/The Association Between PHQ 9 and Fitness for Work.7.aspx](https://journals.lww.com/joem/Fulltext/2020/09000/The_Association_Between_PHQ_9_and_Fitness_for_Work.7.aspx)
- Zinn, W., & Furutani, N. (1996). Physician perspectives on the ethical aspects of disability determination. *Journal of General Internal Medicine*, 11(9), 525-532. <https://doi.org/10.1007/BF02599599>

Zweibel, E., Goldstein, R., Manwaring, J., & Marks, M. (2008). What Sticks: How Medical Residents and Academic Health Care Faculty Transfer Conflict Resolution Training from the Workshop to the Workplace. *Conflict Resolution Quarterly*, 25(3), 321-350. <https://doi.org/10.1002/crq>