

## IMMERSION AU CŒUR DE L'INVALIDITÉ :

### CERTIFICATS MÉDICAUX ET LIMITATIONS FONCTIONNELLES

Lauriane Drolet<sup>1</sup>, Carl Brouillette<sup>5</sup>, Pier-Olivier Caron<sup>2</sup>, Jacques Forget<sup>1</sup>,  
Jean-Robert Turcotte<sup>3</sup>, Claude Guimond<sup>4</sup>, Cynthia Cameron<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Université du Québec à Montréal; <sup>2</sup> Université TÉLUQ

<sup>3</sup> Université de Montréal; <sup>4</sup> Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

<sup>5</sup> Centre d'action et de prévention et réadaptation de l'incapacité au travail de  
l'Université de Sherbrooke; <sup>6</sup> Université Laval

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.

*See end of text for English abstract*

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

### 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 de 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 et 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 et 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 et Alexanderson, 2009; Löfgren *et al.*, 2007; Soklaridis *et al.*, 2011; Sturesson *et al.*, 2013). Les limitations fonctionnelles se définissent comme une réduction des capacités à effectuer une activité dans les limites de ce qui est considéré normal (Maness et 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 et 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.

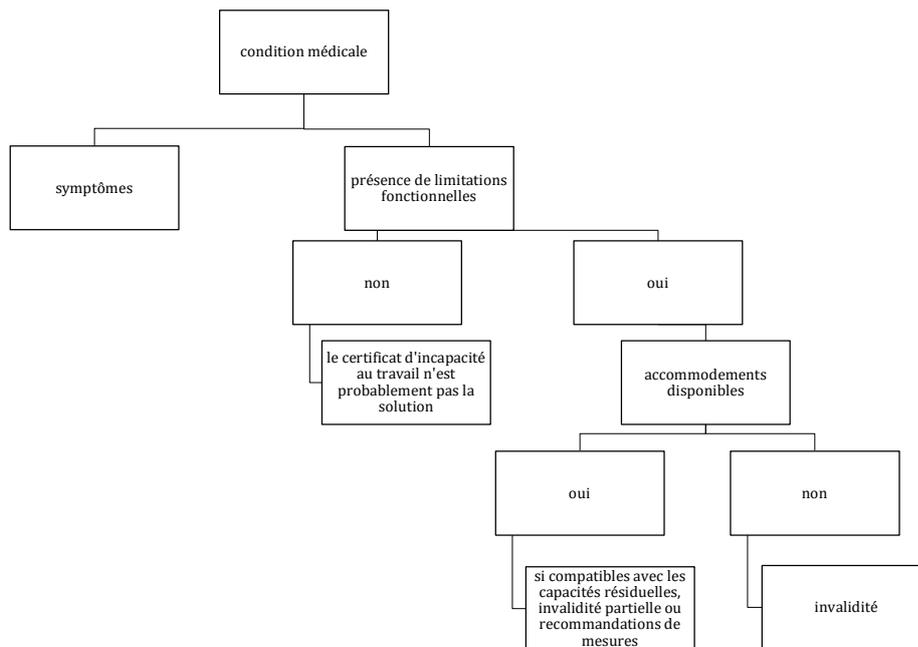
À l'instar d'une étude menée en Suisse (Kedzia *et al.*, 2015), la majorité de celles effectuées dans d'autres pays, en particulier dans les pays nordiques, révèlent que les médecins qualifient l'évaluation de la capacité à travailler de problématique (Arrelöv *et al.*, 2007; Hinkka *et al.*, 2018; Winde *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 et Alexanderson, 2009; Krohne et Brage, 2008; Nordling *et al.*, 2020; Sturesson *et al.*, 2013). 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).

**Figure 1**

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



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 (OCDE, 2010). Il est fort possible que celles-ci influencent les attitudes des médecins face à la prescription d'un arrêt de travail. L'OCDE (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 (OCDE, 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'OCDE, 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 sociopolitiques puissent influencer les attitudes ou les comportements des médecins de famille face à la certification d'une incapacité au travail.

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.

### Méthode

#### 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.

**Tableau 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 <sup>a</sup>		
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. Les participants ont en moyenne 16,8 années de pratique (*ET* = 12.3)

<sup>a</sup> Certains participants travaillent dans plus d'un type de clinique

#### INSTRUMENTS DE MESURE

Le questionnaire développé pour la présente étude comprend quatre vignettes cliniques fictives dans lesquelles des patients ayant des symptômes psychologiques sont présentés. 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.

#### 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.

#### PSYCHOMÉTRIE

**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 et 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).

#### 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 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 l'accord obtenu, la validité interjuge des vignettes est calculée. Pour établir l'accord interjuge, 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.

#### STRATÉGIES D'ANALYSE

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

#### Résultats

#### VIGNETTES ET ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE

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.

**Tableau 2**

*Fréquences des évaluations diagnostics*

Vignette	Diagnostic	N	%	IC	IC
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
	Aucun	3	13,0	,00	30,4
4	Trouble substance	13	56,5	34,8	73,9
	Dépression	1	4,3	,00	13
	Trouble substance x dépression	9	39,1	21,7	60,9

#### 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,  $r(22) = -,291, p = ,178.$

**Tableau 3**

*Fréquence des traitements recommandés selon la vignette*

Vignette s	Médication			Psychothérapie			Habitudes de vie		
	N	%	CI	N	%	CI	N	%	CI
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 4**

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

Vignette	Traitement prescrit	Années d'expérience		Sexe	
		r	p	r	p
1	Médication	-0,443	0,034	-0,207	0,344
	Psychothérapie	-0,052	0,812	0,036	0,869
	Habitudes de vie	0,158	0,472	0,037	0,867
2	Médication	-0,553	0,006	-0,204	0,350
	Psychothérapie	-0,035	0,873	0,211	0,333
	Habitudes de vie	0,083	0,705	-0,058	0,794
3	Médication	-0,291	0,178	-0,339	0,113
	Psychothérapie	-0,281	0,194	-0,294	0,174
	Habitudes de vie	0,338	0,115	0,083	0,708
4	Médication	-0,456	0,029	0,164	0,456
	Habitudes de vie	-0,0410	0,854	0,204	0,350

### 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.

### 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.

**Tableau 5***Fréquence des décisions face à l'arrêt de travail*

Vignettes	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

**Tableau 6***Fréquence des éléments de réponse cités en réponse à la question quelles sont les limitations fonctionnelles du patient*

Vignettes	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 7***Explications sous-jacentes à la recommandation ou non d'un arrêt de travail*

Vignette	Explication	Arrêt de travail	
		Inapte	Apte
1	Symptômes	4	1
	Mixte	2	1
	Non applicable	0	14
	Information insuffisante	1	0
2	LF	2	
	Symptômes	12	
	Mixte	9	
3	Symptômes	9	2
	Mixte	1	0
	Non applicable	4	7
4	LF	1	9
	Mixte	1	3
	Non applicable	0	1
	Information insuffisante	4	4

#### LIMITATIONS FONCTIONNELLES ET ARRÊTS 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.

### 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 médecine 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 (Fansi *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 (2010), des différences entre les participants sont observées quant à l'octroi d'un arrêt de travail 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 (Campbell et Ogden,

2006; Normén *et al.*, 2008) 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. 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 et 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 et Barrau, 2012). D'ailleurs, une perception de conflit de rôles ou de double rôle est souvent décrite. Ce double rôle 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 et 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 autres 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 être 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.

#### 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.

#### 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 prescriptions d'incapacité au travail sont aussi certifiées en l'absence de limitations fonctionnelles. 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.

---

#### 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. The results show that the decision to certify a work disability does not meet with a good consensus for half of the vignettes, unlike the diagnostic category. 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

## Références

- Arrelöv, B., Alexanderson, K., Hagberg, J., Löfgren, A., Nilsson, G. et 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](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. et 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. et 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. et 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. et 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. et 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 et 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. et 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. et 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. et 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. et 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. et 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. et 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. et 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. et 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. et 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. et 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. et Hay, C. (2006). *Prevalence of mental illnesses and related service utilization in Canada: An analysis of the Canadian Community Health Survey*. [www.ccmhi.ca](http://www.ccmhi.ca)
- Letrilliat, L. et 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. et 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. et 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](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-06/Investing_in_Mental_Health_FINAL_Version_ENG.pdf)
- Nordling, P., Priebe, G., Björkelund, C. et 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. et 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](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/maladie-invalidite-et-travail-surmonter-les-obstacles_9789264088870-fr#page96)
- Rudbeck, M. et 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., Kuijjer, P. F. M., Willems, J. H. B. M., Frings-Dresen, M. H. W. et 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. et 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. et 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. et 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. et 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. et 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>
- Stureson, M., Edlund, C., Fjellman-Wiklund, A., Falkdal, A. H. et 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. et 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. et 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. et 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. et 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>