

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2019

2019 TOU3 1577

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Thibaut GAYRAUD

Le 11 Octobre 2019

**Travail et dépression : Quels sont les facteurs d'origine
professionnelle qui prédisent le retour au travail ? Quelles sont les
interventions qui favorisent le retour au travail ? Une revue
systématique de la littérature**

Directeur de thèse : Dr Yolande ESQUIROL

JURY

Monsieur le Professeur	Jean Marc SOULAT	Président
Madame le Professeur	Isabelle BALDI	Assesseur
Monsieur le Professeur	Michel DRUET-CABANAC	Assesseur
Madame le Docteur	Yolande ESQUIROL	Assesseur
Madame le Docteur	Catherine VERDUN-ESQUER	Suppléant
Madame le Docteur	Camille CARLES	Invitée
Monsieur le Docteur	Fabrice HERIN	Invité

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier Toulouse III
au 1^{er} septembre 2018

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FRIXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANGAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHORE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PAGES B.
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PESSÉY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur LARENG Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ARBUS Louis	Professeur LARENG Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAURENT Guy
Professeur BOCCALON Henri	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BONEU Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur CARATERO Claude	Professeur MANELFE Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur MURAT
Professeur DABERNAT Henri	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SIMON Jacques
Professeur JOFFRE Francis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1 ^{ère} classe		P.U. - P.H. 2 ^{ème} classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie	P.U. Médecine générale	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. OTAL Philippe	Radiologie	M. BOYER Pierre	
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile	M. STILLMUNKES André	
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie	Professeur Associé en Pédiatrie	
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale	Mme CLAUDET Isabelle	
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. GAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Eile (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Poi Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Eliodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Veronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Blophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Blophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Blophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Blophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine Interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr CHICOULAA Bruno

Dr FREYENS Anne
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr LATROUS Lella

REMERCIEMENTS

A mes juges,

Au Président du Jury,

Monsieur le Professeur SOULAT

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Médecine du travail

Je remercie avant tout le président du jury, Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT, avec tout le respect et l'estime que je lui porte.

Vous m'avez reçu et convaincu de choisir la spécialité de médecin du travail alors que je cherchais une orientation professionnelle en sortie d'ECN. Ces quatre années d'internat n'ont jamais pu remettre en doute ce choix.

Je tiens également à vous remercier pour l'investissement que vous mettez dans l'encadrement, l'enseignement et les moments de convivialité pour vos internes.

Madame le Professeur BALDI

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Médecine du Travail

Vous nous faites l'honneur de siéger à notre jury de thèse.

Nous vous remercions pour la qualité des cours que nous avons pu suivre lors des enseignements de DES dispensés à la ville de Bordeaux.

Veillez recevoir le témoignage de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur DRUET-CABANAC

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Médecine du Travail

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de siéger à notre jury de thèse.

Nous tenons à vous remercier pour la qualité des cours que nous avons pu suivre lors des enseignements de DES à la ville de Limoges.

Nous tenons également à vous exprimer notre gratitude et notre profond respect.

Madame le Docteur VERDUN-ESQUER

Praticien Hospitalier

Médecine du Travail

Vous nous faites l'honneur de participer à notre jury de thèse.

Nous tenions également à vous remercier pour la qualité de votre enseignement lors des cours de DES dans la ville de Bordeaux.

Soyez assurée de notre profond respect et de notre gratitude.

A ma directrice de thèse,

Madame le Docteur ESQUIROL

Maître de Conférences des Universités

Praticien Hospitalier

Médecine du Travail

Je remercie ma directrice de thèse, Madame le Docteur Yolande ESQUIROL, d'avoir accepté de diriger ce travail et de siéger à mon jury de thèse.

Je te remercie pour ton encadrement, ta rigueur, ta disponibilité et ta bienveillance qui m'ont permis de réaliser ce travail.

Je tiens également à te remercier pour la qualité de ton enseignement lors des cours de DES à Toulouse et pour ton encadrement lors de mon passage dans le service de pathologies professionnelles.

Sois assurée de ma profonde gratitude, de mon estime et de ma sincère amitié.

Madame le Docteur CARLES

Praticien Hospitalier

Médecine du Travail

Nous vous remercions de participer à notre jury de thèse.

Nous vous remercions pour la qualité de votre enseignement.

Veuillez recevoir toute notre gratitude et notre profond respect.

Monsieur le Docteur HERIN

Maître de Conférences des Universités

Praticien Hospitalier

Médecine du Travail

Tu me fais l'honneur de siéger à mon jury de thèse.

Je tiens également à te remercier pour la qualité de ton encadrement et de ton enseignement lors de mon stage dans le service de pathologies professionnelles.

Sois assuré de mon profond respect et de ma gratitude.

A mes enseignants,

A tous les enseignants qui m'ont formé pendant ces dix années à la faculté de médecine.

A tous les enseignants qui m'ont formé durant les cours du DES et ces quatre années d'internat.

A tous mes responsables de stage et leurs équipes, Pr SOULAT, Dr KAHYI, Dr SPORER, Dr YRONDI, Dr ESQUIROL, Dr HERIN, Dr RASPAUD, Dr GLEIZE-CERVERA, Dr AUBOIRON, Dr PRAT, Dr LACROIX-POURCEL, Dr BRASSELET, Dr DE BAZIN, Dr ROUSSEL et tous les autres médecins auprès de qui j'ai pu apprendre mon métier, merci à vous pour votre patience et votre bienveillance.

A toutes les équipes avec lesquelles j'ai eu le bonheur de travailler, du SMTI 82, des services des urgences, de psychiatrie et de pathologies professionnelles du CHU de Toulouse, du service de pneumologie de la clinique Pasteur, à Christophe MANEAUD et toutes les équipes de l'ASTI, du centre de rééducation de la clinique Médipôle Garonne, du SAMSI et d'Airbus.

Merci à Antoine LEFORT-LAVAUZELLE, directeur du SAMSI, de m'avoir fait confiance et de m'avoir proposé un poste parmi ses équipes.

A l'équipe de l'annexe d'Eurocentre du SAMSI que je rejoins donc, votre accueil et votre professionnalisme m'ont donné l'envie de revenir travailler avec vous, mais pour plus d'un semestre cette fois...

A ma famille et mes amis,

A mes parents, pour leur soutien et leurs conseils tout au long de ces années, pour m'avoir aidé à traverser tous les moments difficiles et pour tous les moments de bonheur partagé.
Merci pour tout.

Au reste de ma famille, tellement grande mais tellement chaleureuse.

Aux membres de ma belle-famille, pour leur accueil, leur gentillesse et pour m'avoir permis de découvrir leur culture.

A mes amis et mes co-internes. Merci pour votre soutien et tous les bons moments partagés.

Et bien sûr à toi Stéphanie, pour ta patience, ton soutien et ton amour.
A notre surprise...

Le Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques ou mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Table des matières

I.	CONTEXTE	3
II.	INTRODUCTION	5
2.1.	DEFINITION DE LA DEPRESSION	5
2.2.	EPIDEMIOLOGIE.....	6
2.3.	SEMILOGIE	10
2.4.	DIAGNOSTIC	11
2.5.	LES TROUBLES DEPRESSIFS	14
2.6.	LES DIFFERENTES FORMES CLINIQUES	15
2.7.	DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS	17
2.8.	COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES ET NON PSYCHIATRIQUES	17
2.9.	EVOLUTION ET PRONOSTIC.....	18
2.10.	PRISE EN CHARGE.....	19
2.11.	FACTEURS INDIVIDUELS	21
2.12.	ECHELLES DE MESURE DE LA DEPRESSION	22
2.13.	DEPRESSION ET FACTEURS PROFESSIONNELS	26
2.14.	SCHEMAS RECAPITULATIFS SUR LA DEPRESSION	27
III.	FACTEURS PROFESSIONNELS ET RETOUR AU TRAVAIL APRES UNE DEPRESSION.....	28
A.	INTRODUCTION	28
a.1.	<i>Problématique n°1</i>	<i>29</i>
a.2.	<i>Problématique n°2</i>	<i>29</i>
a.3.	<i>Objectifs</i>	<i>31</i>
B.	METHODOLOGIE	32
b.1.	<i>Stratégie de recherche</i>	<i>32</i>
b.2.	<i>Critères de sélection</i>	<i>32</i>
b.3.	<i>Données recherchées</i>	<i>33</i>
b.4.	<i>Evaluation de la qualité.....</i>	<i>34</i>
C.	RESULTATS	35
c.1.	<i>Caractéristiques des articles inclus</i>	<i>35</i>
c.2.	<i>Diagramme de flux de la revue</i>	<i>36</i>
c.3.	<i>Facteurs pronostiques professionnels du retour au travail après un EDC.....</i>	<i>37</i>
c.3.1.	Tableau 1 : Articles concernant les facteurs pronostiques liés au travail	39
c.3.2.	Contraintes socio-professionnelles	42
c.3.3.	Contraintes psychologiques	43
c.3.4.	Contraintes organisationnelles.....	43
c.3.5.	Contraintes physiques	44

c.3.6.	Contraintes non professionnelles.....	44
c.4.	<i>Interventions axées sur le travail et influant sur le retour au travail après un EDC</i>	46
c.4.1.	Tableau 2 : Articles concernant les interventions axées sur le travail.....	49
c.4.2.	Analyse des études prospectives.....	53
c.4.3.	Analyse des études qualitatives.....	57
c.5.	<i>Schémas récapitulatifs des résultats de la revue</i>	61
D.	DISCUSSION.....	63
d.1.	<i>Synthèse</i>	63
d.2.	<i>Forces et Limites</i>	65
d.3.	<i>Perspectives pour le médecin du travail</i>	66
IV.	CONCLUSION	69
V.	BIBLIOGRAPHIE	70
VI.	ANNEXES	79
6.1.	GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS.....	79

I. Contexte

La dépression ou état dépressif caractérisé (EDC) est un état pathologique marqué par une tristesse avec douleur morale, une perte de l'estime de soi, un ralentissement psychomoteur. Elle constitue un trouble mental courant avec des sentiments de culpabilité, des troubles du sommeil et/ou de l'appétit, une sensation de fatigue et des troubles de concentration. Elle peut durer sur une longue période et être récurrente. L'état d'apathie qu'elle provoque peut handicaper le fonctionnement d'un sujet dans ses activités quotidiennes et professionnelles. La prévalence est plus importante chez les femmes que chez les hommes et les personnes sans emploi sont également à haut risque. Dans les cas les plus graves, l'EDC peut conduire au suicide.

Outre le retentissement sur la santé, la dépression est une pathologie ayant un fort retentissement au niveau professionnel en induisant un absentéisme et une baisse de productivité, préjudiciables pour le salarié et les entreprises.

Plusieurs études s'intéressent à l'impact de la dépression sur le travail, aux contraintes professionnelles favorisant la dépression, ou encore aux thérapies médicamenteuses ou psychothérapeutiques permettant un retour au travail précoce. Cependant peu d'études ciblent les facteurs professionnels facilitant le retour à l'emploi après une dépression. De plus, il n'y pas d'études récentes qui répertorient les interventions axées sur le travail susceptibles de favoriser le retour au travail d'un salarié arrêté pour EDC.

Cette thèse a pour objectif d'élaborer une revue systématique de la littérature permettant de répertorier nos connaissances sur les facteurs pronostiques professionnels qui conditionnent le retour à l'emploi après un EDC et d'actualiser nos connaissances sur les interventions axées sur le travail permettant de favoriser le retour au travail après un EDC.

Le travail de recherche est présenté après un rappel des connaissances scientifiques actuelles sur la dépression. Ce travail de recherche a permis d'élaborer un article scientifique

qui a été proposé à publication. De futures études prospectives pourront s'appuyer sur cette revue pour mettre en évidence d'autres facteurs professionnels pronostiquant le retour au travail. D'autres études pourraient proposer aux employeurs, des interventions axées sur le travail, pour les aider à diminuer l'absentéisme de façon plus efficace.

II. Introduction

2.1. Définition de la dépression

Dans ce chapitre, la dépression est définie en s'appuyant sur les recommandations pour la pratique clinique devant un état dépressif caractérisé de l'adulte, établie par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2017 (1) et sur le référentiel de psychiatrie et d'addictologie réalisé par le collège des universitaires de psychiatrie en 2016 (2).

La « dépression » ou épisode dépressif caractérisé (EDC) (anciennement épisode dépressif majeur) est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « *un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, une sensation de fatigue et un manque de concentration* » (3).

C'est une pathologie psychiatrique, dont la prévalence est plus importante chez les femmes que chez les hommes, qui peut être réactionnel à un évènement de vie ou s'intégrer dans un tableau de comorbidités psychiatriques ou somatiques. Elle peut être traitée sans médicament pour les formes d'intensité légère. Mais dans les formes plus graves, elle peut se prolonger sur une longue durée, provoquer une importante dégradation de la qualité de vie et des capacités professionnelles de l'individu. C'est une pathologie avec un fort risque de récurrence qui peut mettre en jeu le pronostic vital du patient en augmentant le risque suicidaire.

2.2. Epidémiologie

Les troubles dépressifs représentent l'une des pathologies les plus fréquentes en psychiatrie. La prévalence vie entière de l'épisode dépressif caractérisé est en effet particulièrement élevée, avec des chiffres variant selon les études, entre 16,6% aux Etats-Unis et 24,1% en France (4,5). D'après l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), dans une enquête réalisée en 2010, la dépression se retrouvait à tous les âges. Sa prévalence au cours des 12 derniers mois, telle que mesurée grâce au «Composite International Diagnosis Interview - short form» (CIDI-SF) dans le cadre du Baromètre santé de l'INPES, s'élevait en France à 8,0 % parmi les 15-75 ans. Elle prédominait chez les femmes avec un ratio de presque 2, et atteignait la population active avec une prévalence plus élevée chez les 20-34 ans pour les femmes (13,2 %) et les 35-54 ans pour les hommes (7,3%) (6). Plus récemment, l'agence nationale de santé publique (« Santé publique France »), par son baromètre santé 2017, estimait la prévalence de la dépression à 9,8% chez les 18-75 ans. Une augmentation de la prévalence a été constatée depuis 2005 (7,9% en 2005, 8,0% en 2010 puis une augmentation de 1,8 points observée sur la période 2010-2017, $p < 0,001$). La prédominance féminine avec le même ratio qu'en 2010 a été retrouvée. La prévalence étaient deux fois plus élevée chez les femmes : 13,0%, avec une maximale entre 35 et 44 ans (15,6%) ; alors que chez les hommes, elle était de 6,4% ($p < 0,001$), avec une maximale entre 18 et 34 ans (8,4%). Le pic de prévalence en 2017 était d'environ 11,5% pour les 18-44 ans (7) (cf illustration 1).

Il s'agit également d'une pathologie qui est très souvent associée à des comorbidités puisqu'elle ne serait isolée que dans moins de 30% des cas (8). Les principales comorbidités psychiatriques sont ainsi représentées par les troubles anxieux et les abus et dépendances aux substances. L'EDC est également associé à un risque suicidaire majeur puisque 30 à 50% des tentatives de suicide en France sont secondaires à l'EDC (2).

Effectifs	Hommes 2005		Hommes 2010		Hommes 2017		Femmes 2005		Femmes 2010		Femmes 2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18-24 ans	643	7,3	398	4,7 ^o	1 186	8,4 [*]	796	11,7	397	15,2	1 090	15,1
25-34 ans	1 369	5,9	583	7,9	1 788	8,4	1 848	10,9	750	12,8	1 924	13,9 ^{**}
35-44 ans	1 382	6,8	782	4,4	2 060	7,7 [*]	1 951	11,7	919	10,1	2 322	15,6 ^{**/**}
45-54 ans	1 273	9,7	651	10,3 ^{ooo}	2 343	6,5 ^{*/**}	1 739	12,2	806	11,3	2 659	13,9
55-64 ans	1 202	4,2	689	3,6	2 329	4,6	1 728	8,2	924	8,2	2 918	11,9 [*]
65-75 ans	879	3,3	433	1,0 ^{oo}	1 861	2,7 [*]	1 374	6,2	603	4,5	2 772	7,8 [*]

^o p<0,05 ; ^{oo} p<0,01 ; ^{ooo} p<0,001 : évolutions 2005-2010.

^{*} p<0,05 ; ^{**} p<0,01 ; ^{***} p<0,001 : évolutions 2005-2017.

^{*} p<0,05 ; ^{**} p<0,01 ; ^{***} p<0,001 : évolutions 2010-2017.

Source : Baromètres santé 2005, 2010, 2017, Santé publique France.

Illustration 1. Evolutions de la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et la classe d'âge chez les 18-75 ans, France métropolitaine, 2005-2017 (Source : *Santé publique France*)

Le profil évolutif des troubles dépressifs est caractérisé par un fort risque de chronicité d'une part, et de récurrence après rémission (estimé jusqu'à 80% à 5 ans) d'autre part (9,10). La maladie dépressive impacte également de façon considérable le fonctionnement socio-professionnel de l'individu, ainsi que sa qualité de vie, y compris après l'obtention de la rémission symptomatique (11). Le coût lié à la maladie représente quant à lui, un fardeau économique gigantesque, estimé à environ dix milliards de dollars par an aux Etats-Unis (12). De plus, d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la dépression est la première cause d'incapacité dans le monde en atteignant plus de 300 millions de personnes. Le coût des troubles de l'humeur et de l'anxiété dans l'Union Européenne se chiffre à environ 170 milliards d'euros par an. La moitié des congés de maladies chroniques sont imputables à ces troubles (13,14).

La prise en charge et le traitement de l'épisode dépressif caractérisé sont donc des enjeux de santé publique (15). D'après le baromètre santé 2010 de l'INPES, la dépression atteint les différentes catégories socio-professionnelles. De plus, les catégories moins élevées ont également moins recours aux soins (37% des cadres n'ont pas recours à un personnel de santé, une structure de soin ou une psychothérapie contre 46% des ouvriers) (6) (cf illustration 2).

	Pas de recours à un professionnel de santé, à une structure de soin ni à une psychothérapie		idem + pas de recours aux médicaments psychotropes	
	2005	2010	2005	2010
Ensemble	63	39	45	32
Sexe				
Hommes	67	49	53	39
Femmes	61	33	41	28
Âge				
15-24 ans	75	49	66	44
25-44 ans	59	33	41	30
45-64 ans	56	39	37	28
65-75 ans	77	41	45	30
Statut d'activité				
Travail	60	39	44	31
Etudes	66	51	56	44
Chômage	71	40	48	35
Retraite	72	33	44	21
Autres inactifs	53	25	33	24
Profession et catégorie sociale¹				
Cadres, professions intellectuelles supérieures	52	37	41	36
Professions intermédiaires	58	34	40	26
Employés	66	34	43	26
Ouvriers	71	46	50	36
Autres	73	57	61	49

1. Chômeurs et retraités reclassés, étudiants et inactifs exclus.

Source : Baromètres santé 2005 et 2010, Inpes.

Illustration 2. Personnes ayant souffert d'un épisode dépressif caractérisé dans l'année sans recours à un professionnel de santé, à un organisme ni à une psychothérapie (en pourcentage) (Source : INPES)

L'impact de la dépression sur la qualité de vie est comparable à celui des maladies chroniques telles que la lombalgie, l'hypertension artérielle, la néoplasie pulmonaire... (16)

L'EDC est considéré comme une « désactivation de la fonction psychosociale » (fonctions mentales générales qui se développent au cours de la vie, nécessaires pour comprendre et pour intégrer de manière constructive les fonctions mentales qui président à la formation des aptitudes aux relations sociales réciproques permettant les interactions en société, tant en termes de signification que de finalité.) (16).

L'EDC a un retentissement social important : dans une étude portant sur 371 patients avec un diagnostic d'EDC, une association entre la sévérité des symptômes dépressifs et le retentissement sur les relations sociales et le fonctionnement de la vie de tous les jours a été mise en évidence (17). Parallèlement, l'EDC est associé à une diminution de la productivité professionnelle et à un taux plus élevé d'absentéisme (18). Une autre étude met en évidence un lien entre la présence d'un diagnostic d'EDC, l'augmentation de situation de non emploi et la baisse de salaire annuel (19). Une étude (National Comorbidity survey replication) montre que chez les patients avec un diagnostic d'EDC, il y a en moyenne une perte de 27 jours de travail par an, ce qui représente une perte individuelle à l'année de 4400 dollars US. A l'échelle nationale, cela correspond à une perte de 36,6 milliards de dollars US par an pour les Etats Unis (20). L'EDC s'intègre, la plupart du temps, dans un tableau complexe de comorbidités qui sont le plus souvent peu ou pas prises en charge car non reconnues (21).

2.3. Sémiologie

Un épisode dépressif est une modification pathologique de l'humeur. Les symptômes associés peuvent être différents d'un individu à l'autre.

Les signes cliniques sont classiquement une perturbation de l'affectivité, un ralentissement psychomoteur et d'autres signes associés (1,2).

La perturbation affective est essentiellement une perturbation de l'humeur dont la tristesse est un symptôme majeur. La perturbation des émotions dont l'anhédonie (perte d'intérêt et de plaisir) est un autre symptôme majeur. On peut également retrouver des éléments de dévalorisation et de culpabilité.

Le ralentissement psychomoteur porte le plus souvent sur les fonctions psychiques en se manifestant par une bradypsychie (ralentissement des idées) ou des ruminations (piétinement de la pensée). Il peut également se porter sur les fonctions motrices en se manifestant par une bradykinésie (lenteur des mouvements), une hypomimie (pauvreté des mimiques), une bradyphémie (lenteur du discours), une voix monocorde, une clinophilie (fait de rester allongé la journée, pendant des heures, tout en étant éveillé), une incurie (négligence de ses propres besoins, tels que l'hygiène personnelle, l'habillement, la nourriture ou la médication), une aboulie (incapacité d'exécution d'actes planifiés et difficulté à prendre des décisions) ainsi qu'un apragmatisme (incapacité à entreprendre et planifier des actions).

Le signe associé le plus inquiétant est l'idéation suicidaire. Les idées noires sont fréquentes mais il est important de bien évaluer le risque suicidaire.

D'autres signes associés peuvent être une perturbation du sommeil et des rythmes circadiens, de la fatigue, une modification de l'appétit et du poids (le plus fréquemment dans le sens de la perte). On peut également retrouver des symptômes cognitifs (troubles de la concentration et de la mémoire, indécision, déficit de l'attention), une baisse de la libido et d'autres retentissements somatiques.

2.4. Diagnostic

Le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé est clinique.

Il existe deux classifications de référence : la CIM-10 de l'OMS (22) et le DSM-5 (23).

Définition de l'épisode dépressif caractérisé publiée par la CIM-10 de l'OMS (22) :

A. L'épisode présente une durée d'au moins 2 semaines.

B. Le sujet présente au moins deux des trois symptômes principaux suivants :

(1) humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines ;

(2) diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables ;

(3) réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

C. Présence d'au moins deux des symptômes suivants :

(1) perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi ;

(2) sentiments injustifiés de culpabilité ou culpabilité excessive et inappropriée ;

(3) pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type ;

(4) diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations ;

(5) modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalée ou observée) ;

(6) perturbation du sommeil de n'importe quel type ;

(7) modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

La CIM-10 précise des critères d'intensité de l'épisode dépressif caractérisé, gradués en :

- Léger (deux symptômes dépressifs principaux et deux autres symptômes dépressifs)*
- Moyen (deux symptômes dépressifs principaux et trois à quatre autres symptômes dépressifs)*
- Sévère (trois symptômes dépressifs principaux et au moins quatre autres symptômes dépressifs)*

Définition de l'épisode dépressif caractérisé par le DSM-5 (23) :

A. Au moins cinq des symptômes suivants ont été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et ont représenté un changement par rapport à l'état antérieur ; au moins un de ces symptômes est soit (1.) une humeur dépressive, soit (2.) une perte d'intérêt ou de plaisir.

Remarque : Ne pas inclure les symptômes qui sont manifestement imputables à une affection générale.

1. Humeur dépressive présente la plus grande partie de la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de triste ou de vide) ou observée par les autres (pleurs). (Remarque : chez les enfants et les adolescents, éventuellement irritabilité).

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

3. Perte de poids significative en l'absence de régime ou gain de poids (changement de poids excédant 5 % en un mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours. (Remarque : chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue).

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5. *Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (observable par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).*

6. *Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.*

7. *Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).*

8. *Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).*

9. *Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.*

B. *Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.*

C. *Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.*

D. *L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant, ou à un autre trouble psychotique.*

E. *Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou d'épisode hypomaniaque. (Remarque : cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes similaires à la manie ou l'hypomanie sont induits par une substance ou sont imputables aux effets physiologiques d'une autre condition médicale).*

Remarque : les réponses normales et attendues à un évènement impliquant une perte significative (ex : deuil, ruine financière, pertes d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou invalidité) incluant un sentiment de tristesse intense, de la rumination, de l'insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, peuvent ressembler à un épisode dépressif. La présence de symptômes tel qu'un sentiment de dévalorisation, des idées suicidaires (autres que vouloir rejoindre l'être aimé), un ralentissement psychomoteur et une altération sévère du

fonctionnement général suggèrent la présence d'un épisode dépressif caractérisé en plus de la réponse normale à une perte significative.

Le DSM-5 précise des critères d'intensité de l'épisode dépressif caractérisé, gradués en :

- *Léger (symptômes justes suffisants au diagnostic / peu de retentissement)*
- *Moyen (plus de symptômes que nécessaire / retentissement modéré)*
- *Sévère (quasiment tous les symptômes / retentissement social majeur)*

2.5. Les troubles dépressifs

Le DSM-5 définit en fonction du contexte d'apparition et de l'évolution de la dépression, différents types de troubles dépressifs (2,23).

Il décrit le trouble dépressif caractérisé comme isolé quand l'épisode est seul et comme récurrent quand 2 EDC se succèdent en moins de 2 mois.

Il décrit également le trouble dépressif comme persistant quand une humeur triste est présente quotidiennement pendant au moins 2 années.

Quand une humeur dépressive, pouvant être associée à une labilité émotionnelle, une anxiété ou des symptômes physiques, est rythmée à la plupart des cycles menstruels, on parle de trouble dysphorique prémenstruel.

Enfin, il est décrit des troubles dépressifs induits par des substances, des médicaments ou d'autres affections médicales.

2.6. Les différentes formes cliniques

Le DSM-5 développe les spécificités de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) qui vont conduire à différentes formes cliniques. Celles-ci sont répertoriées en formes : mélancolique, psychotique congruente à l'humeur, psychotique non congruente à l'humeur, mixte, atypique, catatonique ou avec détresse anxieuse. Il existe aussi une forme qui peut apparaître durant la grossesse ou après l'accouchement (1,2,23).

L'EDC avec caractéristiques mélancoliques est une des formes les plus sévères car elle s'associe à un risque suicidaire élevé. Le ralentissement moteur est marqué, pouvant aller jusqu'au mutisme, et l'anhédonie est profonde, associée à un sentiment d'incurabilité. Tous les signes cliniques sont amplifiés, notamment les troubles du sommeil et la perte de poids. Un sentiment de culpabilité extrême peut être retrouvé.

Dans l'EDC avec caractéristiques psychotiques, la dépression est associée avec des idées délirantes ou des hallucinations. Les thèmes de ces états délirants peuvent être des idées de ruine, d'incapacité, de maladie, de mort, d'indignité, de culpabilité.

Dans l'EDC avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur, le DSM-5 spécifie que les idées délirantes sont en lien avec des thématiques dépressives.

Elles sont, par contre, plutôt en lien avec des thématiques mythiques dans les EDC avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur.

Une forme particulière de mélancolie délirante est le syndrome de Cotard. Dans ce type de dépression, il y a une association avec des idées de négation d'organes, du temps (immortalité) ou du monde.

L'EDC avec caractéristiques mixtes se définit par la présence d'au moins trois symptômes maniaques ou hypomaniaques pendant la durée de l'EDC.

L'EDC avec caractéristiques atypiques correspond à un état dépressif où il persiste une réactivité de l'humeur aux événements positifs. Le DSM-5 signifie qu'il est associé à une prise de poids, une augmentation de l'appétit, une hypersomnie, une sensation de membres lourds et un isolement social.

L'EDC peut évoluer vers un état catatonique. La catatonie peut se retrouver dans d'autres pathologies psychiatriques et des pathologies somatiques. Elle se caractérise par le négativisme (opposition à toute proposition, comprenant un refus du regard, un mutisme, une anorexie ou un apragmatisme total), la passivité et un syndrome moteur. Le syndrome moteur peut comprendre un état de stupeur (absence d'activité psychomotrice), une catalepsie (maintien contre la gravité de postures imposées), des stéréotypies (mouvements répétitifs non dirigés vers un but), une flexibilité cireuse (résistance légère et constante à la mobilisation passive), des prises de posture et des expressions faciales grimaçantes. On peut également retrouver une écholalie (répétition des paroles d'une autre personne) ainsi qu'une échopraxie (reproduction des mouvements d'une autre personne). Dans certains cas, il peut y avoir une agitation.

L'EDC avec détresse anxieuse correspond à un épisode faisant ressortir des troubles anxieux au premier plan. Dans ce cas, le risque suicidaire est élevé et un passage à l'acte peut se déclencher suite à un raptus anxieux. Les symptômes à surveiller sont une sensation de tension interne et d'agitation inhabituelle, des difficultés de concentration due à l'inquiétude, une peur que quelque chose de terrible n'arrive et une impression de perte de contrôle de soi-même.

2.7. Diagnostics différentiels

Les diagnostics différentiels de l'EDC sont d'autres troubles de l'humeur, des troubles psychotiques et des troubles somatiques, iatrogènes et toxiques (1,2).

Les autres troubles de l'humeur à rechercher sont les troubles bipolaires et cyclothymiques.

Les troubles psychotiques à rechercher sont les troubles schizoaffectifs, la schizophrénie ainsi que les psychoses chroniques non dissociatives.

Les troubles somatiques à rechercher sont les causes neurologiques (maladie de Parkinson, sclérose en plaque, démences, lésions cérébrales), les causes endocriniennes (hypothyroïdie, hypercorticisme), les causes générales (maladies de systèmes ou infectieuses).

Les causes iatrogènes (corticoïdes, interféron, bêta-bloquants, L-Dopa) et toxiques (alcool, cannabis, drogues dures) doivent également être recherchées.

La recherche des diagnostics différentiels impose des examens cliniques, biologiques et complémentaires complets devant une suspicion d'EDC.

2.8. Comorbidités psychiatriques et non psychiatriques

Le trouble dépressif est fréquemment associé à des comorbidités (1,2).

Parmi les comorbidités psychiatriques, les troubles anxieux sont les plus fréquemment retrouvés. Ils sont présents dans 50 à 70% des cas sous différentes formes comme le trouble panique, le trouble anxieux généralisé, le trouble obsessionnel compulsif, la phobie sociale ou l'état de stress post-traumatique.

Les troubles addictifs sont associés à l'EDC dans 30% des cas. La consommation d'alcool est le principal risque addictif mais on retrouve également des consommations de toxiques tels que le cannabis ou les drogues plus dures.

D'autres comorbidités psychiatriques comme les troubles schizophréniques (épisode dépressif post-psychotique), les troubles de conduites alimentaires (anorexie mentale, boulimie), les troubles du contrôle des impulsions ou les troubles de la personnalité peuvent être associés à l'EDC.

Parmi les comorbidités non psychiatriques au trouble dépressif, on peut retrouver des pathologies endocriniennes, des maladies inflammatoires chroniques, des pathologies tumorales, des maladies neuro-dégénératives ainsi que d'autres pathologies somatiques.

2.9. Evolution et pronostic

L'évolution d'une dépression peut être très différente d'un individu à l'autre (1,2).

Chez certaines personnes, il peut n'y avoir qu'un seul EDC sur la vie. Mais il peut y avoir également des épisodes récurrents avec une fréquence variable, une chronicisation (épisode durant plus de deux ans) ou des épisodes résistants (échec de deux lignes de traitements antidépresseurs bien conduites).

La complication principale qu'il faut évaluer à chaque consultation est le risque suicidaire. L'EDC peut également se compliquer par une désinsertion socioprofessionnelle, des épisodes dépressifs récurrents et des comorbidités psychiatriques et somatiques.

Certains facteurs comme le genre féminin, des antécédents familiaux d'EDC, un âge de début précoce avec de nombreux épisodes, une durée prolongés du premier épisode, la persistance de symptômes dépressifs ou la présence de comorbidités psychiatriques ou somatiques, sont des facteurs de mauvais pronostic pouvant prédire une rechute de l'EDC.

2.10. Prise en charge

La prise en charge de la dépression peut être complexe. Elle peut se faire de façon ambulatoire avec un suivi régulier, mais il existe également des indications à l'hospitalisation. Un risque suicidaire élevé, un EDC sévère et les formes de dépression mélancolique, psychotique ou atypique orientent vers une prise en charge hospitalière. Les autres indications d'hospitalisation sont portées en fonction des comorbidités, de l'état de santé générale et de la situation sociale du patient (1,2).

En toute circonstance, il est impératif d'éliminer les éventuelles causes somatiques, ainsi que tout diagnostic différentiel. Pour cela, la réalisation d'examens cliniques, biologiques et complémentaires doit être exhaustive.

Il existe trois modalités thérapeutiques pour la prise en charge de l'EDC : les traitements médicamenteux, les traitements physiques et la psychothérapie.

Un traitement par antidépresseur est recommandé pour les formes modérées à sévères. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont les médicaments de première intention. Le délai d'action de ces médicaments est de plusieurs semaines et donc l'évaluation de la réponse au traitement doit se faire au minimum deux semaines après le début du traitement. Une surveillance biologique et clinique doit être faite régulièrement à la recherche de virage de l'humeur, en évaluant surtout le risque suicidaire.

En attendant une bonne réponse du traitement, des anxiolytiques pourront être associés transitoirement au début du traitement. Pour les formes avec caractéristiques psychotiques, des antipsychotiques pourront être associés au traitement.

Le traitement médicamenteux doit être poursuivi jusqu'à 6 à 12 mois après la rémission des symptômes. En effet, le risque de récurrence après une EDC est important.

Il existe plusieurs classes d'antidépresseurs utilisables en deuxième ou troisième ligne en cas de résistance aux ISRS.

Les traitements physiques employés dans la prise en charge de l'EDC sont l'électroconvulsivothérapie (ECT) et la stimulation magnétique transcrânienne (rTMS).

L'électroconvulsivothérapie est indiquée dans les formes les plus sévères d'épisodes dépressifs (mélancoliques ou psychotiques). Elle est également indiquée en cas de résistance ou de contre-indication au traitement médicamenteux. Le mécanisme d'action de l'ECT consiste à faire passer un courant électrique en transcrânien, pendant plusieurs secondes, pour provoquer chez le patient une crise d'épilepsie. Ce traitement est réalisé sous anesthésie générale et curarisation. Des pertes de mémoire temporaires et des céphalées sont les principaux effets secondaires. Pour un EDC, il est préconisé 12 séances au rythme de 2 ou 3 séances par semaine. Des ECT d'entretien peuvent être réalisées tous les mois pour prévenir les rechutes.

La stimulation magnétique transcrânienne consiste en l'émission d'un champ électromagnétique, en général, en regard du cortex préfrontal dorsolatéral gauche ou droit. Le principe thérapeutique repose sur une stimulation magnétique transcrânienne répétée, qui a une propriété neuromodulatrice de l'excitabilité corticale. Son efficacité serait modérée mais c'est une alternative thérapeutique intéressante pour les personnes souffrant de dépression.

Plusieurs types de psychothérapie peuvent être utilisés.

La psychothérapie de soutien avec une écoute empathique est toujours conseillée.

D'autres psychothérapies plus structurées peuvent être employées en monothérapie pour les EDC d'intensité légère ou en association avec un traitement antidépresseur pour les EDC d'intensité modérée à sévère. Plusieurs types de psychothérapie peuvent être utilisés en fonction des situations : la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la thérapie d'inspiration psychanalytique, la thérapie familiale, la thérapie interpersonnelle.

2.11. Facteurs individuels

Plusieurs facteurs individuels dont des facteurs de risques génétiques et environnementaux peuvent interagir dans le processus du trouble dépressif.

Il existe plusieurs théories psychopathologiques qui permettent d'expliquer l'origine d'un EDC. Les théories les plus décrites sont la théorie psychanalytique, la théorie cognitive et la théorie neurobiologique (2).

La théorie psychanalytique considère que la perte d'un objet (comme un deuil, une perte d'emploi ou une séparation) peut réactiver des situations de vécu abandonnique et influencer négativement l'humeur. L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) reconnaît que des événements de vie difficile sont associés à un risque accru de dépression. Malgré tout, être exposé à un tel événement n'induit pas obligatoirement le déclenchement d'un EDC et une dépression peut apparaître sans motif déclenchant. Il existe donc d'autres facteurs individuels à la dépression (24).

La théorie cognitive considère que la personne traite les informations qu'elle reçoit avec un biais cognitif qui déforme négativement la réalité. La personne adopte une vision négative de l'estime de soi, des événements de vie et de l'avenir, cela influençant son humeur.

La théorie neurobiologique considère que le trouble dépressif pourrait être dû à un dysfonctionnement de gènes codant la sérotonine (un neurotransmetteur monoaminergique impliqué dans la régulation de l'humeur) ou de celui du Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF) (facteur important pour la prolifération et la différenciation des neurones).

La dérégulation de l'axe hypothalamo-hypophyséo-surrénalien pourrait intervenir dans le processus de la dépression avec une augmentation de sécrétion de l'hormone du stress (le cortisol).

Une anomalie dans la régulation de la réponse immunitaire semble aussi associée à l'EDC. En effet, un facteur de stress extérieur provoque une augmentation des cytokines circulantes (TNF α , IL-6) qui ont une action sur la régulation des neuro transmetteurs monoaminergiques. Les cytokines peuvent également être pro-inflammatoires et jouer un rôle dans la dérégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (25).

Une anomalie des neurones de la région du cerveau responsable des émotions et de la cognition (l'hippocampe) peut être également impliquée.

2.12. Echelles de mesure de la dépression

Des échelles d'auto-évaluation ou d'hétéro-évaluation sont utilisées fréquemment dans les études. Elles permettent d'évaluer plus précisément la sévérité des symptômes. Les échelles les plus utilisées sont l'échelle de dépression de Hamilton (26), l'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (27), l'échelle de Beck (28), le « Patient Health Questionnaire » (29) et la « Hospital Anxiety and Depression Scale » (30).

La « **Hamilton Depression Rating Scale** » (HDRS) (26) est une échelle fréquemment utilisée dans les études pour évaluer l'intensité des symptômes dépressifs. Elle est utilisée pour évaluer la sévérité de l'état dépressif d'un patient au cours d'un entretien structuré. On l'utilise également pour suivre l'évolution de cette intensité.

Cette échelle est un hétéro-questionnaire conçu afin de mesurer les changements d'intensité de la symptomatologie dépressive (par exemple, troubles de l'humeur, insomnie, anxiété, amaigrissement) lors de traitements par antidépresseurs. Les items qu'elle contient dérivent d'une part de symptômes fréquemment observés, et d'autre part, de symptômes plus rarement observés mais qui indiquent une forme clinique particulière de dépression.

Pour l'évaluation, le clinicien choisit l'une des réponses proposées en interrogeant le patient et en observant ses symptômes. Chaque question a de 3 à 5 choix de réponses en

ordre croissant de sévérité. Dans le premier questionnaire publié par Hamilton en 1960, les 17 questions servaient à établir le score final (HDRS-17). Des questions (18 à 21) ont secondairement été ajoutées pour permettre de mieux juger de la dépression (variation diurne des symptômes paranoïaques...). Il existe une échelle à 29 items (HRSD-29) et également un questionnaire à 6 items pour la dépression (HAM-D6). On retrouve des échelles d'Hamilton déclinées pour l'anxiété (HAM-A) avec 6 ou 14 items.

Dans les études, la première version à 17 items est la plus communément utilisée. Le score peut aller de 0 à 53. Plus la note est élevée, plus la dépression est sévère :

- De 10 à 13 : symptômes dépressifs légers
- De 14 à 17 : symptômes dépressifs légers à modérés
- Plus de 18 : symptômes dépressifs modérés à sévères

Dans les études, elle peut être utilisée en association avec d'autres échelles permettant la cotation de la sévérité de la dépression.

La « **Montgomery-Asberg Depression Rating Scale** » (MADRS) (27) est un hétéro-questionnaire diagnostique à 10 items utilisé pour évaluer la sévérité de la dépression chez des patients souffrant de troubles de l'humeur. Cette échelle a été conçue en 1979 par Stuart Montgomery et Marie Asberg comme un complément à l'échelle de dépression de Hamilton. Il existe une version auto-questionnaire.

Elle évalue la gravité des symptômes dans différents domaines tels que l'humeur, le sommeil, l'appétit, la fatigue physique et psychique et les idées de suicide.

L'échelle comporte 10 items cotés de 0 à 6. Le score peut donc aller de 0 à 60. Plus il est élevé, plus la dépression est sévère :

- de 0 à 6 points : le patient est considéré comme sain
- de 7 à 19 points : le patient est considéré comme étant en dépression légère
- de 20 à 34 points : le patient est considéré comme étant en dépression moyenne
- > 34 points : le patient est considéré comme étant en dépression sévère

L'évaluation se fait lors d'un examen clinique grâce à des questions générales ou spécifiques pour pouvoir coter au mieux la sévérité des symptômes.

Cette échelle est fréquemment utilisée en France pour le diagnostic de dépression dans le domaine de santé au travail. Elle est notamment recommandée aux médecins conseils pour instruire les demandes de pathologies psychiques susceptibles d'être liées au travail. Bien qu'il n'existe pas de tableau de maladies professionnelles spécifiques, les affections psychiques peuvent être reconnues au titre des maladies professionnelles si elles présentent un certain degré de gravité (IPP supérieure ou égale à 25%), et s'il existe un lien direct et essentiel avec le travail.

La « **Beck Depression Inventory** » (BDI) (28) permet une estimation quantitative de l'intensité des sentiments dépressifs. C'est un auto-questionnaire à choix multiples de 21 questions, servant à mesurer la sévérité de la dépression clinique. Il a permis de percevoir la dépression via une perspective psychodynamique, plutôt que par les propres descriptions données par le patient.

La première version est sortie en 1961. La version actuelle BDI-II a été révisée en 1996. Il existe également une version adaptée pour les enfants et une version courte à 13 items.

L'échelle comporte 21 items de symptômes cotés de 0 à 3 et selon leur gravité. Plus le score est élevé, plus la dépression est sévère :

- 0–9 : indique une dépression mineure
- 10–18 : indique une légère dépression
- 19–29 : indique une dépression modérée
- 30–63 : indique une dépression sévère

Il s'agit d'un auto-questionnaire mesurant essentiellement le ressenti subjectif de l'amélioration des symptômes de dépression.

Le « **Patient Health Questionnaire** » (PHQ-9) (29) est une échelle rapide à utiliser pour diagnostiquer une dépression et mesurer son intensité. Il peut être utilisé comme hétéro-questionnaire ou auto-questionnaire.

L'échelle comporte 9 items associés au diagnostic de la dépression par le DSM-4 et chacun d'eux est coté de 0 à 3. Plus le score est élevé, plus la dépression est sévère :

- 1-4 : dépression minimale
- 5-9 : dépression légère
- 10-14 : dépression modérée
- 15-19 : dépression modérément sévère
- 20-27 : dépression sévère

Il s'agit d'une des échelles les plus rapides à faire passer et donc fréquemment utilisée dans les études.

La « **Hospital Anxiety and Depression Scale** » (HADS) (30) est un auto-questionnaire utilisé pour le dépistage de troubles anxieux ou dépressifs.

L'échelle comporte 14 items pour un score total allant de 0 à 21 :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse
- 11 et plus : symptomatologie certaine.

Il s'agit d'une échelle utilisée pour le dépistage de troubles anxio-dépressifs à l'hôpital et pour l'orientation vers une évaluation psychiatrique.

Il existe d'autres échelles de dépression comme la « Geriatric Depression Scale » (GDS-15) (31), le « Mini International Neuropsychiatric Interview » (MINI) (32), l'« Inventory of Depressive Symptomatology » (IDS) (33), et d'autres questionnaires, mais ils sont beaucoup moins utilisés dans les études.

2.13. Dépression et facteurs professionnels

Il est reconnu dans la littérature des facteurs professionnels pouvant induire du stress avec un risque d'évolution vers un trouble anxio-dépressif.

D'après une revue danoise de 2008, une forte charge de travail, une faible latitude de décision, un déséquilibre effort-récompense et une injustice organisationnelle au travail étaient des risques psychosociaux (RPS) qui pouvaient déclencher des épisodes dépressifs. Les auteurs concluent qu'il est difficile d'établir une relation entre les facteurs psychosociaux et leur contribution à la survenue d'un état dépressif caractérisé (34).

L'enquête SUMER 2010, étude française transversale, a mis en relation certains facteurs professionnels avec les épisodes dépressifs tels que : les expositions physiques (sonore et thermique), les contraintes biomécaniques (manutention manuelle et contraintes posturales), et différentes composantes du stress professionnel comme : une faible latitude décisionnelle, un niveau de compétence faible, des contraintes psychologiques, un soutien insuffisant de la part des managers et des collègues (35).

Une étude française basée sur cette même enquête SUMER 2010, a mis en évidence une relation positive entre la symptomatologie dépressive et les niveaux sociaux professionnels inférieurs aux cadres pour les femmes comme pour les hommes (36).

De nombreuses études s'intéressent aux facteurs professionnels pouvant faire décompenser un salarié vers un épisode dépressif caractérisé mais peu s'intéressent aux facteurs mis en place au niveau professionnel pour favoriser un retour à l'emploi après un EDC.

2.14. Schémas récapitulatifs sur la dépression

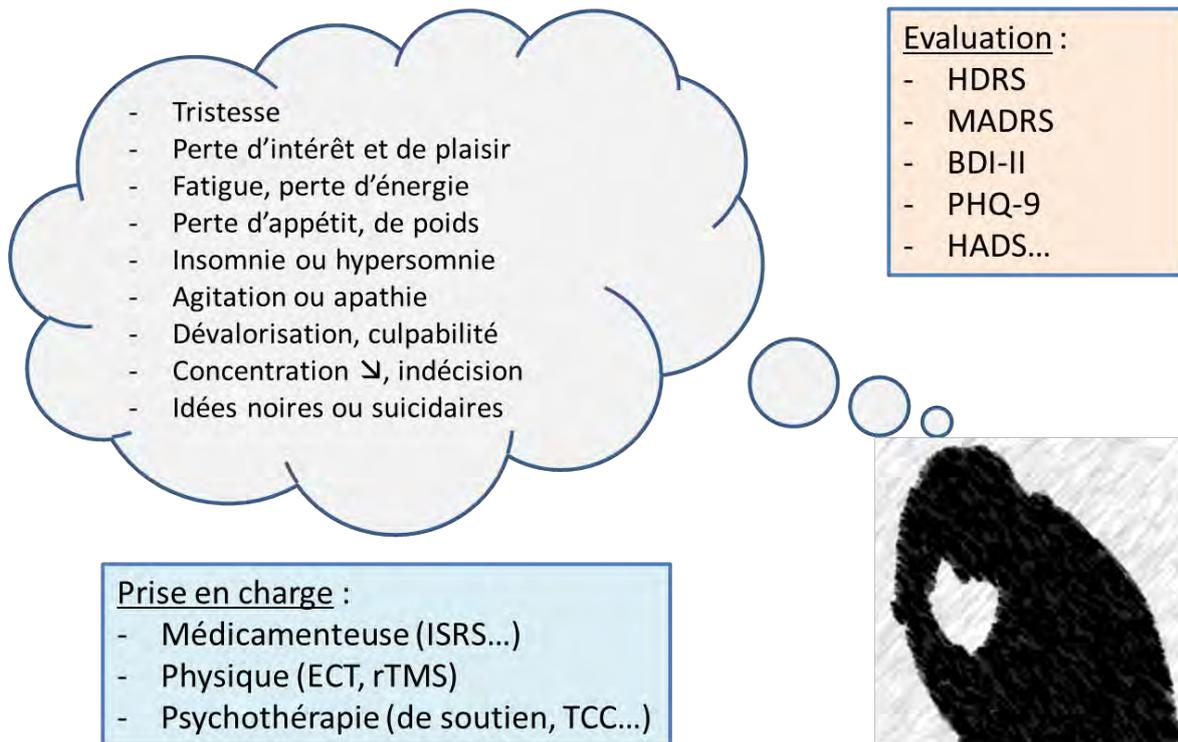


Schéma 1. Les symptômes, les échelles d'évaluation et la prise en charge de la dépression

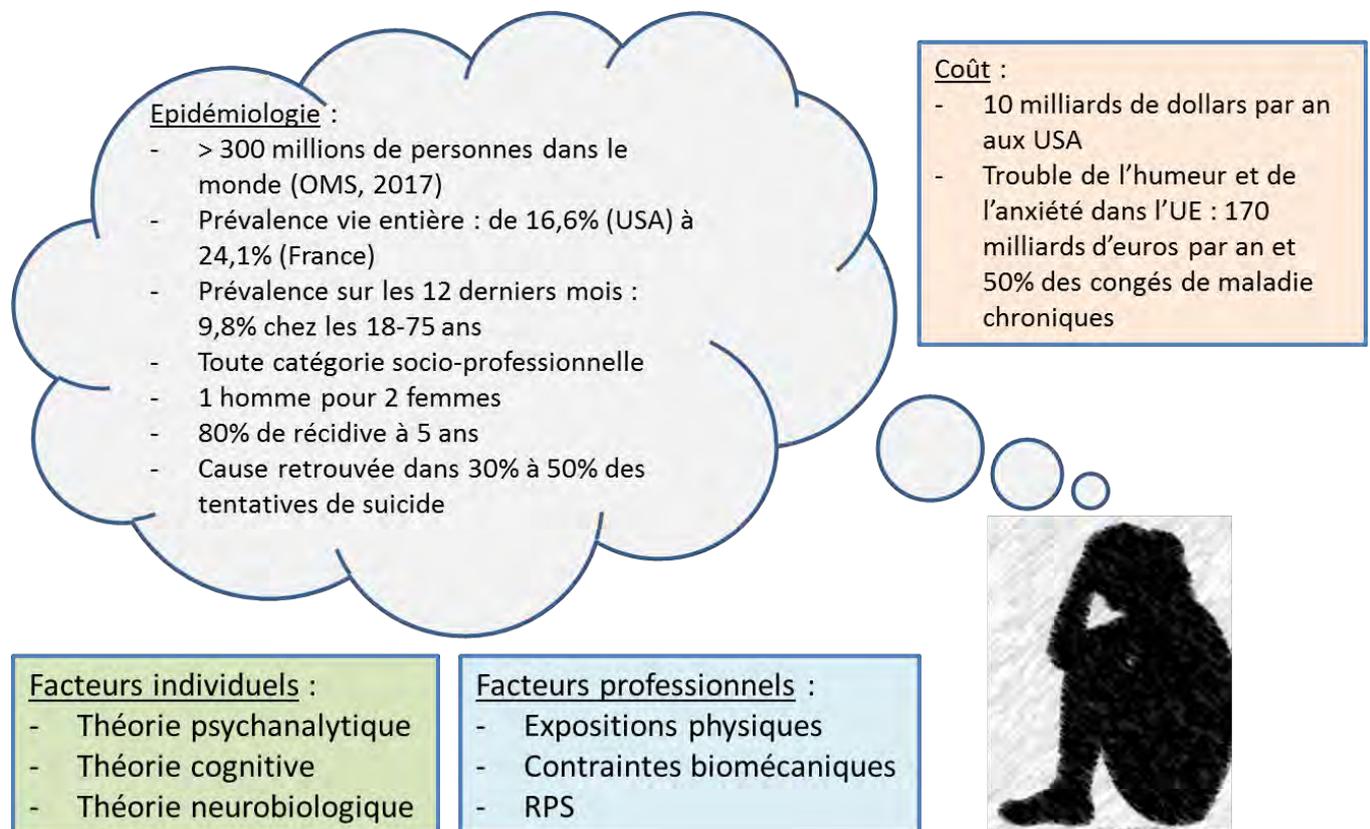


Schéma 2. L'épidémiologie, le coût et les facteurs de risque de la dépression

III. Facteurs professionnels et retour au travail après une dépression

A. Introduction

L'état dépressif caractérisé (EDC) est un véritable problème de santé publique. L'organisation mondiale de la santé (OMS) estime que les troubles dépressifs représentent le premier facteur de morbidité et d'incapacité sur le plan mondial. De 2005 à 2015, il y a eu une augmentation de plus de 18%, soit près de 300 millions de personnes affectées par une dépression dans le monde (37). En France, d'après le baromètre santé de l'Agence Nationale de Santé Publique (Santé Publique France), la prévalence de la dépression en 2017 est estimée à 9,8% chez les 18-75 ans. Elle est plus élevée entre 18 et 44 ans (environ 11,5 %). Elle concerne deux fois plus les femmes : 13,0%, avec une maximale entre 35 et 44 ans (15,6%), et 6,4% chez l'homme ($p < 0,001$, avec une maximale entre 18 et 34 ans (8,4%). Santé Publique France constate également une augmentation de la prévalence depuis 2005 (7,9% en 2005, 8,0% en 2010 puis une augmentation de 1,8 points observée sur la période 2010-2017, $p < 0,001$) (38). Une personne sur cinq a souffert ou souffrira de dépression une fois dans sa vie (24). De plus, l'EDC s'intègre, la plupart du temps, dans un tableau complexe de comorbidités (39).

De ce fait, la dépression représente un fort coût économique pour les états et les individus. Une étude montre que chez les patients avec un diagnostic d'EDC il y a en moyenne une perte de 27 jours de travail par an ce qui représente une perte individuelle à l'année de 4400 dollars US par personne. A l'échelle nationale, cela correspond à une perte de 36,6 milliards de dollars US par an pour les Etats Unis (40). Pour les entreprises, l'EDC est associé à une diminution de la productivité professionnelle et à un plus grand taux d'absentéisme (41). La question du retour à l'emploi après une dépression est donc un enjeu important pour notre société, tant sur le plan économique que pour le bien être des individus.

a.1. Problématique n°1

Certains auteurs se sont posé la question des facteurs prédictifs qui conditionnent le retour au travail après un arrêt maladie pour dépression. Une méta-analyse finlandaise de 2017 (42), ciblée sur les facteurs individuels, a été conduite pour identifier les facteurs qui influent sur le pourcentage du retour au travail. Elle incluait onze études (43–53) jusqu'à février 2016 ainsi que cinq études (46,54–57) qui formaient une cohorte spécifique. Les auteurs ont mis en évidence, avec un niveau de preuve faible des facteurs qui diminuaient le taux du retour au travail. Ils retrouvaient des facteurs personnels : une augmentation de l'âge (Risque Relatif (RR) 0,85 (Indice de Confiance (IC) 95% 0,84-0,87)), des comorbidités psychiatriques (RR 0,86 (IC 95% 0,83-0,88)), des comorbidités somatiques (RR 0,80 (IC 95% 0,77-0,83)), et des facteurs liés à la dépression (l'augmentation de la sévérité de la dépression (RR 0,96 (IC 95% 0,94-0,98))). Au contraire, un facteur personnel (les personnalités consciencieuses (RR 1,06 (IC 95% 1,02-1,10))) augmentait le taux du retour au travail.

Pour autant, hormis la notion de contrôle des tâches professionnelles réalisées (RR 1,00 (IC 95% 0,98-1,02), non significatif), la prise en compte des autres conditions de travail (qualitatives et quantitatives) n'a pas été réalisée. Peu d'études se sont consacrées aux facteurs professionnels qui prédisent le retour au travail.

a.2. Problématique n°2

Une méta-analyse hollandaise de 2014 (58) s'intéressait aux conséquences des différentes interventions thérapeutiques (médicamenteuse, psychologique, physique) et aux interventions axées sur le travail qui influençaient la durée (en jours) des absences professionnelles pour un EDC. Elle retrouvait avec un niveau de preuve de qualité modérée qu'une intervention dirigée vers le travail, ajoutée à une intervention clinique, permettait de réduire les absences pour maladie (Standardised Mean Difference (SMD) -0,40 (IC 95% -0,66

à -0,14)) par rapport à une intervention clinique seule (59–61). Cependant, l'hétérogénéité de la définition de l'intervention axée sur le travail ne permettait pas de conclusion.

Les soins cliniques associés aux soins dirigés vers le travail ne seraient pas plus efficaces que les soins dirigés vers le travail seul (SMD -0,14 (IC 95% -0,49 à 0,21)) (62).

Les études comparant l'efficacité d'un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) à un inhibiteur sélectif de la recapture de la noradrénaline (IRSN) donnaient des résultats très contradictoires (63–65).

Parmi les interventions cliniques basées sur la psychologie, les résultats démontraient, avec une qualité moyenne de preuve, que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) téléphonique ou en ligne était plus efficace pour réduire les arrêts maladies que les soins primaires ou professionnels habituels (SMD -0,23 (IC 95% -0,45 à -0,01)) (66–68).

Les études évaluant l'efficacité des interventions psychologiques couplées aux antidépresseurs démontraient, avec un niveau de preuve faible, que l'amélioration des soins primaires ne diminuait pas considérablement les absences pour maladie à moyen terme (4 à 12 mois) (SMD -0,02 (IC 95% -0,15 à 0,12)) (69,70).

Une étude, avec un niveau de preuve élevé, montrait qu'un programme téléphonique structuré de prise en charge et de gestion des soins était plus efficace pour réduire les absences maladie que les soins habituels (SMD -0,21 (IC 95% -0,37 à -0,05)) (71).

Parmi les interventions liées à l'activité physique, une étude de niveau de preuve faible, expliquait que les exercices de force seraient plus efficaces que la relaxation pour réduire les arrêts maladie (SMD -1,11 (IC 95% -1,68 à -0,54)) (72).

Deux études, avec un niveau de preuve modéré, démontraient que les exercices d'aérobic n'étaient pas plus efficaces que la relaxation ou les étirements pour réduire les arrêts maladie (SMD -0,06 (IC 95% -0,36 à 0,24)) (72,73).

Cette dernière méta-analyse répertorie les interventions favorisant le retour au travail date de plus de 5 ans. Il y a donc nécessité de mettre à jour les connaissances des facteurs pronostiques et des interventions qui pourraient aider un employeur ou un manager à faciliter le retour au travail post EDC d'un de ses collaborateurs.

a.3. Objectifs

L'objectif de cette revue était de réaliser une synthèse à partir d'une revue systématique de la littérature pour répertorier nos connaissances sur les facteurs pronostiques professionnels qui conditionnent le retour à l'emploi après un EDC et d'actualiser nos connaissances sur les interventions axées sur le travail permettant de favoriser le retour au travail après un EDC.

En effet, devant le retour au travail d'un salarié après EDC, les employeurs se retrouvent souvent démunis. Cette étude peut permettre d'apporter des pistes d'action à mettre en place par les employeurs ou les managers pour favoriser le retour au travail de leurs collaborateurs absents pour un EDC.

B. Méthodologie

b.1. Stratégie de recherche

Cette revue systématique de la littérature a suivi la méthodologie PRISMA (74,75).

Ce travail intégrait tous types d'études (hors case report, books et communication orale) de janvier 2014 à juin 2019. La recherche a été effectuée sur la base internationale d'articles originaux « MEDLINE », le 23 juin 2019. La base de données « MEDLINE », exploitée grâce au moteur de recherche PubMed, a été choisie car elle est la base de données de référence pour la recherche concernant les sciences biomédicales.

Les Mesh terms suivants ont été utilisés pour la recherche : « depression and return to work » et « depression and sickness absence ».

b.2. Critères de sélection

Les critères d'éligibilité correspondant aux filtres de recherche dans PubMed étaient :

- 1) des articles publiés entre le 01/01/2014 et le 23/06/2019 (« from 2014/01/01 »),
- 2) des articles concernant une population adulte (« Humans »),
- 3) en anglais ou en français (« English », « French »),
- 4) avec une tranche d'âge de 19 à 65 ans (« Young adulte (19-24 years) », « Adulte (19-45 years) », « Middle age (45-65 years) »).

Le choix de la période de recherche a été fait pour sélectionner les articles nouveaux concernant les facteurs professionnels ou les interventions influant le retour au travail après un EDC, suite à la méta-analyse Nieuwenhuijsen 2014 (58). Les autres critères d'éligibilité ont permis de sélectionner des articles exploitables et concernant la population active. Nous avons ainsi pu effectuer un ciblage des études pouvant répondre aux objectifs de notre revue.

Les articles ont ensuite été sélectionnés en double lecture, en fonction de la pertinence de leur titre, de leur abstract, puis de leur texte intégral. Puis, les doublons ont été écartés. Enfin, les articles inclus ont été répartis dans deux groupes : le premier concernant les facteurs pronostiques liés au travail et le second concernant les interventions axées sur le travail.

Un Flow chart de l'étude a été réalisé pour résumer le processus de sélection des articles inclus dans cette revue.

b.3. Données recherchées

Les articles inclus ont été lus en double lecture puis répartis dans deux tableaux. Le tableau 1 permet de répertorier les études concernant les facteurs professionnels pronostiquant le retour au travail et le tableau 2 répertorie les articles qui traitent d'interventions axées sur le travail, influençant le retour au travail d'employés présentant un EDC.

Les données recherchées pour chaque article inclus dans notre revue étaient :

- 1) l'auteur, l'année de publication et le pays d'origine,
- 2) le type d'étude et la durée du suivi,
- 3) la population (taille, recrutement, âge),
- 4) l'évènement étudié,
- 5) la description de la dépression,
- 6) les variables d'ajustement,
- 7) les variables professionnelles d'intérêt ou la description des interventions,
- 8) les résultats significatifs retrouvés,
- 9) les risques de biais.

Les données brutes recherchées ont été extraites puis retranscrites dans la partie résultat. Une interprétation a ensuite été formulée dans la partie discussion.

b.4. Evaluation de la qualité

Une analyse qualitative de l'ensemble des articles a été réalisée grâce à une double lecture de tous les articles inclus. La qualité des articles et leur niveau de preuve scientifique ont été cotés grâce à l'outil : « The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation » (GRADE) (76). Les tableaux 1 et 2 répertorient le type d'étude, les principaux résultats significatifs et les biais inhérents de chaque étude, ont permis la cotation du niveau de preuve grâce à l'outil GRADE. Les articles étaient donc classés avec un niveau de qualité initial : élevé, faible ou très faible selon le type d'étude. Différents facteurs permettaient ensuite de diminuer (risque de biais, hétérogénéité des résultats, résultats indirects, imprécision des résultats, biais de publication) ou d'augmenter (force de l'association, gradient dose-réponse, possibles facteurs de confusion) le niveau de qualité des articles. Le niveau final de confiance des études était : élevé, modéré, bas et très bas.

C. Résultats

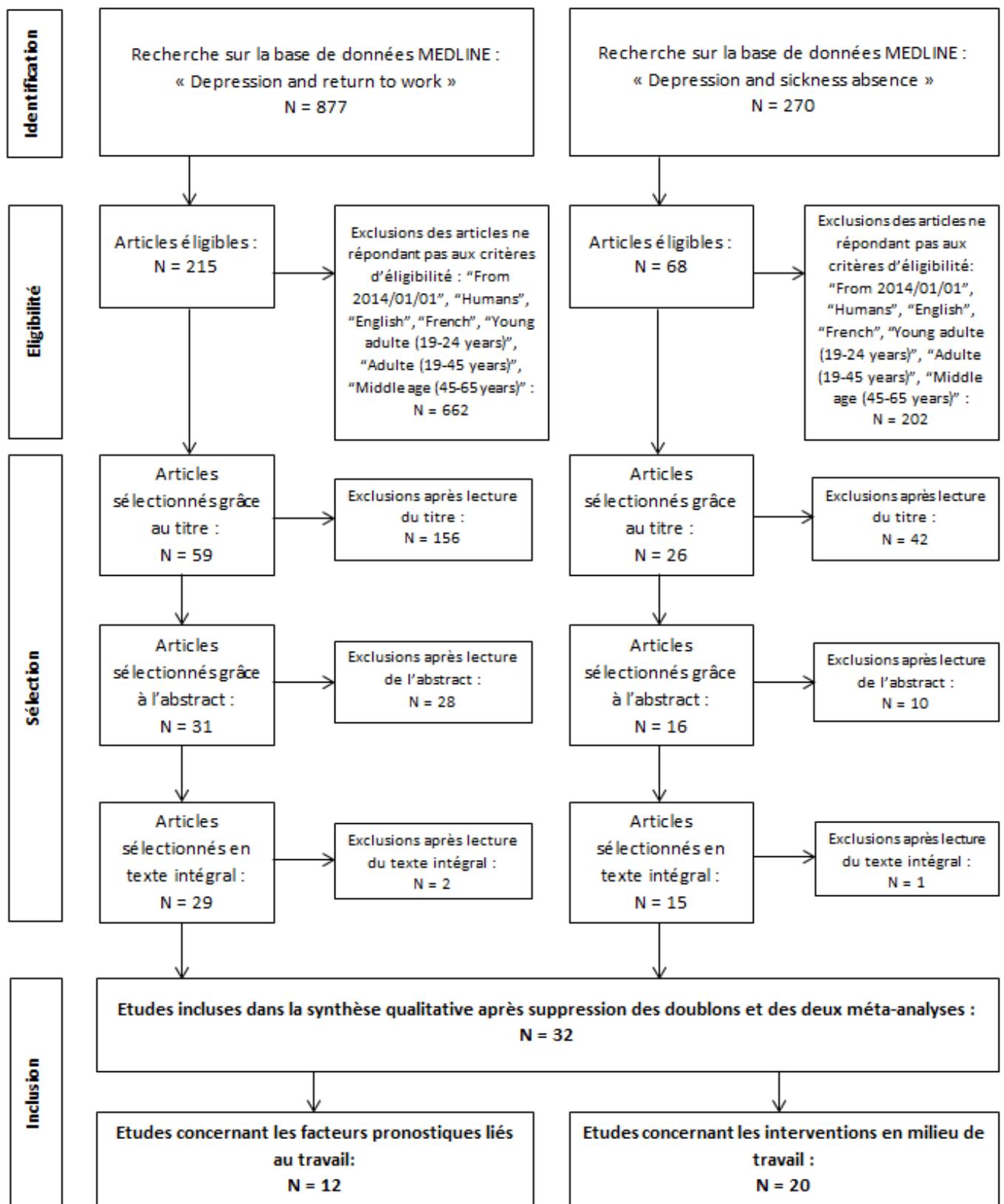
c.1. Caractéristiques des articles inclus

Au total, 877 articles ont été retrouvés sur le moteur de recherche PubMed avec les Mesh terms « depression and return to work » puis 215 après sélection sur les critères d'éligibilité. Parmi ces derniers, 59 ont été retenus après lecture du titre puis 31 après lecture de l'abstract et enfin 29 après lecture du texte intégral. Les deux articles écartés après lecture du texte étaient des articles annonçant la méthodologie d'une étude en cours.

En ce qui concerne la seconde recherche « depression and sickness absence » sur le moteur de recherche PubMed, 270 articles ont été retrouvés, 68 après sélection sur les critères d'éligibilité puis 26 ont été retenus après lecture du titre, 16 après lecture de l'abstract et enfin 15 après lecture du texte intégral. L'article écarté après lecture du texte était un article annonçant la méthodologie d'une étude en cours.

Au final et après élimination des doublons et des deux méta-analyses (42,58), 32 articles ont été inclus dont 12 concernaient les facteurs pronostiques liés au travail (tableau 1) (53,55,56,77-85) et 20 concernaient les interventions axées sur le travail (tableau 2) (86-105).

c.2. Diagramme de flux de la revue



c.3. Facteurs pronostiques professionnels du retour au travail après un EDC

Le tableau 1 répertorie les 12 études incluses lors de la recherche concernant les facteurs pronostiques professionnels du retour au travail après un EDC (53,55,56,77–85). Depuis 2014, 3 articles (53,55,56) inclus étaient analysés dans la méta-analyse Ervasti 2017 (42) et 9 étaient des articles plus récents ou d'intérêt mais non pris en compte dans cette méta-analyse (77–85). Parmi ces articles, on retrouve 6 études observationnelles prospectives (53,77,79,81,82,84) et 6 rétrospectives (55,56,78,80,83,85).

En utilisant l'outil GRADE, on peut classer ces 12 études avec un niveau de confiance bas.

Le nombre de travailleurs examinés dans ces études variait de 68 (78) à 107 828 (56), pour un nombre total de 136 384. Il y avait 104 342 femmes et 32 042 hommes. L'âge moyen, exploitable uniquement sur 10 études (53,55,56,77–81,84,85), était de 43,6 ans. La population était issue de salariés d'une grande entreprise pour 2 études (79,80), de service hospitalier de médecine du travail pour 1 étude (82), de registre de sécurité sociale pour 1 étude (81), de travailleur du secteur public pour 3 études (55,56,83), d'un essai contrôlé randomisé pour 1 étude (78), de cohorte spécifique pour 2 études (53,77), d'une enquête transversale nationale pour 1 étude (85) ou des soins primaires (orientation faite par un médecin généraliste) (84).

L'évènement étudié était le taux (en pourcentage) de retour au travail après un EDC (pour un suivi de 1 à 7 ans) pour 7 études (55,56,81–85), le taux de retour au travail durable (moins de 14 jours d'arrêt sur 6 mois) pour 1 étude (53), les facteurs prédictifs des limitations au travail et du besoin de récupération pour 1 étude (78), l'altération de la productivité (mesurée par l'échelle « Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire » (WPAI)) pour 1 étude (77), le taux d'absence récurrent pour EDC pour 2 études (79,83), la durée (en jour) entre le premier et le deuxième arrêt maladie pour EDC pour 1 étude (80).

La description de la dépression était principalement le diagnostic de la dépression (basé sur la CIM-10 (106)) pour 5 études (55,56,79,80,83), ou l'évaluation de la sévérité de la dépression pour 7 études (53,77,78,81,82,84,85). Les échelles de sévérité de la dépression

était la « Hamilton Rating Scale for Depression » (HDRS) (26), l'« Epidemiologic Studies Depression Scale » (CES-D) (107), le « Patient Health Questionnaire » (PHQ-9) (29), l'« Inventory of Depressive Symptomatology » (IDS) (33) et la « SCL-92 » (une échelle validée de 92 questions analysant les symptômes psychologiques, utilisée pour calculer le « Global Symptom Index » (GSI)) (108).

Les autres variables étaient des données socio-démographiques (genre, âge, statut marital), des renseignements cliniques sur les comorbidités psychiatriques et somatiques, ou des facteurs professionnels.

Les facteurs professionnels analysés étaient répartis en quatre groupes (les contraintes socio-professionnelles, les contraintes psychologiques, les contraintes organisationnelles et les contraintes physiques).

Les contraintes socio-professionnelles analysées étaient l'âge d'entrée dans l'entreprise (79,80), l'ancienneté (82), la taille de l'entreprise (81), le niveau d'éducation (53,56,77,78,81,83,85), le type de contrat (durée déterminée ou indéterminée) (56), le statut dans l'entreprise (cadre, col blanc, col bleu) (55,77,79–82,84,85) et le revenu individuel ou du ménage (53,78,85).

Les contraintes psychologiques étaient analysées avec l'aide de différentes échelles. Le « Job Content Questionnaire » (JCQ) (109) était utilisé dans 2 études (53,81), le « Copenhagen Psychosocial Questionnaire » (COP-SOQ) (110) dans 1 étude (84), le « Brief Job Stress Questionnaire » (BJSQ) (111) dans 1 étude (79), le « Work Limitations Questionnaire » (WLQ) (112) et le « Need For Recovery Scale » (NFR) (113) dans une même étude (78). Une étude analysait l'impact du harcèlement (84).

Les contraintes organisationnelles analysées étaient l'organisation temporelle du travail dont le travail posté (82,85), le nombre d'heures de travail par semaine (81,82,85) et la différence entre le travail à temps plein et à temps partiel (55,83).

Les contraintes physiques analysées étaient l'effort physique, les postures contraignantes et les comorbidités de troubles musculo-squelettiques (TMS) (55,81).

c.3.1. Tableau 1 : Articles concernant les facteurs pronostiques liés au travail

Auteur / Année de publication / Pays d'origine	Type d'étude / Durée du suivi	Population : nombre - genre / Recrutement / Age	Evènement étudié	Description de la dépression	Variables d'ajustement	Variables professionnelles d'intérêt	Résultats	Biais	Niveau de confiance (GRADE)
Endo M. et al. / 2019 / Japon	Rétrospective / 8 ans	N = 214 ($\square = 29$; $\diamond = 185$) / Issue d'une grande entreprise japonaise / Age moyen : 40,6 ans ($\pm 8,0$)	Comparer la durée du premier et deuxième (rechute) arrêt maladie pour EDC	Dépression (oui / non ; CIM-10)	Genre ; Age ; Statut marital ; Durée du premier arrêt maladie	Temps de trajet (min) ; Manager (oui / non) ; Age d'entrée dans l'entreprise	Analyse de régression logistique pour la durée du second arrêt maladie : Temps de trajet (<60 min (réf) ; >60 min OR 0,919 (IC 95% 0,505–1,673)) ; Manager (non (réf) ; oui OR 1,958 (IC 95% 0,822–4,667)) ; Age d'entrée dans l'entreprise (<22 ans (réf) ; >22 ans OR 1,548 (IC 95% 0,764–3,134)) ; Durée du premier arrêt maladie (<87 jours (réf) ; >87 jours OR 3,258 (IC 95% 1,780–5,963))	Biais de confusion (pas de données sur les comorbidités psychiatriques) ; Biais de sélection (recrutement) ; Biais de mesure (perdu de vue ; pas de considération du retour au travail à temps partiel) ; Biais de généralisation (avec d'autres pays et entreprises)	Bas : 2+
Lamichhane DK. et al. / 2018 / Corée du Sud	Prospective / 12 mois	N = 2349 ($\square = 542$; $\diamond = 1807$) / Issue de salariés suivis à l'hôpital, en service de médecine du travail et environnementale / Quatre groupes d'âge (majoritairement 30-39 ans)	Absence pour cause d'accident ou maladie (oui / non)	Symptômes dépressifs (CES-D)	Genre ; Age ; Statut marital ; Temps de sommeil ; Maladie chronique	Niveau d'étude ; Type de contrat (déterminé / indéterminé) ; Travail posté ; Ancienneté ; Heures de travail par semaine	Après ajustement avec toutes les variables (professionnelles ou non) : Absence due à un accident de travail parmi les personnes déprimées : Non (réf) ; Oui \diamond OR 2,89 (IC 95% 1,33–6,27) \square OR 1,51 (IC 95% 0,41–5,64) / Absence due à un arrêt maladie parmi les personnes déprimées : Non (réf) ; Oui \diamond OR 4,06 (IC 95% 2,32–7,11) \square OR 1,75 (IC 95% 1,02–2,98)	Biais de généralisation (concerne un seul domaine d'activité) ; Biais de mesure (auto-évaluation)	Bas : 2+
Shin C. et al. / 2018 / Corée du Sud	Rétrospective / Année 2014	N = 2889 ($\square = 1405$; $\diamond = 1484$) / Issue d'une enquête transversale nationale / Age moyen : 47,8 ans [19-85ans]	Arrêt de travail (jours)	Symptômes dépressifs (PHQ-9)	Genre ; Age ; Statut marital ; Consommation d'alcool et de tabac ; Caractéristiques cliniques (hypertension, dyslipidémie, accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde ou angine de poitrine, arthrite, diabète sucré, maladie thyroïdienne bénigne, cancer gastrique, cancer du côlon, cancer du poumon, cancer de la thyroïde, dermatite atopique, rhinite allergique, maladie rénale chronique, hépatite chronique B, hépatite chronique C, cirrhose du foie)	Niveau d'étude ; Revenus ; Statut d'emploi ; Configuration du temps de travail ; Heures de travail par semaine ; Type de travailleur	Après ajustement avec toutes les variables (professionnelles ou non) : Arrêts de travail parmi les personnes déprimées : Non (réf) ; Oui OR 3,63 (IC 95% 2,13–6,20)	Biais de mesure (auto-évaluation) ; Biais de confusion (difficulté d'identifier les relations de cause à effet entre les variables)	Bas : 2+

Huijs JJM. et al. / 2017 / Pays-Bas	Prospective / 2 ans	N = 883 (♀ = 497 ; ♂ = 386) / Issue du registre de l'Agence néerlandaise de la sécurité sociale / Age moyen : 46,4 ans (± 9,2)	Retour au travail (jours avant le reprise)	Symptômes dépressifs (CES-D)	Genre ; Age ; Statut marital ; Nombre d'enfants à charge ; Origine ethnique	Travail à temps partiel (oui ou non) ; Exigences psychologiques ; Effort physique ; Postures contraignantes ; Discrétion en matière de compétences professionnelles ; Heures de travail par semaine ; Niveau d'étude ; Type de contract (déterminé / indéterminé) ; Taille de l'entreprise	Analyse multivariée : à 1 an du début de l'arrêt : Travail à temps partiel (Non (réf) ; Oui HR 2,80 (IC 95% 2,13–3,68) p<0,01) ; Exigences psychologiques (HR 1,12 (IC 95% 0,89–1,40) p=0,34) ; Effort physique (HR 0,84 (IC 95% 0,68–1,03) p=0,09) ; Postures contraignantes (HR 1,06 (IC 95% 0,86–1,31) p=0,60) ; Discrétion en matière de compétences professionnelles (HR 0,95 (IC 95% 0,73–1,24) p=0,72) ; Retour au travail (HR 1,19 (IC 95% 1,06–1,33) p<0,01) / à 2 ans du début de l'arrêt : Travail à temps partiel (Non (réf) ; Oui HR 1,80 (IC 95% 1,34–2,41) p<0,01) ; Exigences psychologiques (HR 1,24 (IC 95% 0,95–1,62) p=0,12) ; Effort physique (HR 0,84 (IC 95% 0,65–1,09) p=0,19) ; Postures contraignantes (HR 1,05 (IC 95% 0,81–1,38) p=0,70) ; Discrétion en matière de compétences professionnelles (HR 1,13 (IC 95% 0,82–1,57) p=0,46) ; Retour au travail (HR 1,20 (IC 95% 1,06–1,35) p<0,01)	Biais de généralisation (faible taux de participants) ; Biais de mesure (perdu de vue ; pas d'évaluation clinique de la dépression)	Bas : 2+
Mattila-Holappa P. et al. / 2017 / Finlande	Rétrospective / 2 ans	N = 10 496 (♀ = 8926 ; ♂ = 1570) / Issue d'employés du service public (mairies et hôpitaux) / 3 tranches d'âge (21-34, 35-50 et plus de 50 ans)	Retour au travail (jours avant le reprise)	Dépression (oui / non ; CIM-10)	Genre ; Age ; Comorbidités somatiques chroniques	Niveau d'étude ; Type de contract (déterminé / indéterminé)	Après ajustement : Probabilité de retour au travail (>50 ans (réf) ; 21-34 ans HR 1,36 (1,28–1,46) ; 35-50 ans HR 1,22 (IC 95% 1,18–1,26) / Risque d'épisode récurrent (21-34 ans (réf) ; 35-50 ans HR 1,20 (IC 95% 1,03–1,41) ; >50 ans HR 1,29 (IC 95% 1,09–1,52) / Relation avec le niveau d'étude : 21-34 ans (enseignement supérieur (réf) ; faible niveau d'étude RR 1,67 (IC 95% 1,00–2,77) ; enseignement intermédiaire RR 1,41 (IC 95% 1,04–1,92) ; 35-50 ans (enseignement supérieur (réf) ; faible niveau d'étude RR 1,42 (IC 95% 1,19 à 1,69) ; enseignement intermédiaire RR 1,13 (IC 95% 1,01–1,25) ; >50 ans (enseignement supérieur (réf) ; faible niveau d'étude RR 1,02 (IC 95% 0,86–1,21) ; enseignement intermédiaire RR 1,04 (IC 95% 0,92–1,17))	Biais de mesure (critère de définition du retour au travail) ; Biais de confusion (population sélectionnée par le système d'invalidité ; étude d'autres pathologies mentales) ; Biais de généralisation (modèle fonction publique finlandaise)	Bas : 2+
Netterstrom B. et al. / 2016 / Danemark	Prospective / à 1 et 3 ans	N = 223 (♀ = 178 ; ♂ = 45) / Issue des soins primaires (orientée par le médecin traitant) / Age moyen : 44,2 ans (± 8,8)	Retour au travail (oui / non)	Symptômes dépressifs (SCL92)	Genre ; Age ; "Global symptom index" (GSI) ; Statut marital ; Evènements de vie ; Comorbidités psychiatriques	"Copenhagen Psychosocial Questionnaire" (COP-SOQ) (évalue : les exigences du travail, le pouvoir décisionnel, la discrétion en matière de compétences professionnelles, le sens du travail, si le travail est varié, la rémunération, si le rôle est bien défini, le soutien du chef et le degré de justice) ; Harcèlement ; "Work ability index" (Indice de capacité au travail) ; Type de travailleur ; Arrêt maladie au début de l'étude	Analyse multivariée : variables pronostiques du retour au travail à 1 an : Faible pouvoir décisionnel OR 0,990 (IC 95% 0,975–1,007) ; Harcèlement OR 0,731 (IC 95% 0,513–1,040) ; "Work ability index" OR 1,235 (IC 95% 1,029–1,401) ; Arrêt maladie au début de l'étude OR 0,511 (IC 95% 0,251–1,010)	Biais de généralisation (faible taille de l'échantillon) ; Biais de sélection et de mesure (participant peut ne plus être actif)	Bas : 2+
Lammerts L. et al. / 2016 / Pays-Bas	Prospective / 2 ans	N = 215 (♀ = 143 ; ♂ = 72) / Issue d'une cohorte spécifique / Age moyen : 42,3 ans (± 10,5)	Retour au travail durable (pas plus de 14 jours d'arrêt au cours des 6 derniers mois)	Symptômes dépressifs (IDS)	Genre ; Age ; Statut marital ; Traits de personnalité	Niveau d'étude ; Type de contract (déterminé / indéterminé) ; Revenus ; "Job Content Questionnaire" (JCQ) (Statut d'emploi (travailleur vulnérable / salarié) ; Exigence du travail ; Pouvoir décisionnel ; Discrétion en matière de compétences professionnelles ; Soutien au travail ; Sécurité de l'emploi ; Type de travailleur)	Analyse multivariée : variables pronostiques du retour au travail durable à 2 ans : Age (par augmentation de 10 ans) OR 0,67 (IC 95% 0,47–0,95) p=0,02 ; Niveau d'étude (par année supplémentaire) OR 1,01 (IC 95% 0,91–1,13) p=0,83 ; Revenus nets (par augmentation de 100 euros par mois) OR 1,04 (IC 95% 1,00–1,08) p=0,04 ; Statut d'emploi (travailleur vulnérable (réf), salarié OR 0,39 (IC 95% 0,20–0,77) p<0,01) ; Grande discrétion en matière de compétences professionnelles OR 1,47 (IC 95% 0,73–2,98) p=0,28 ; Grande sécurité de l'emploi OR 1,44 (IC 95% 0,71–2,92) p=0,31	Biais de généralisation (faible taille de l'échantillon) ; Biais de sélection (population de l'étude plus à risque de sévérité)	Bas : 2+

De Vries G. et al. / 2015 / Pays-Bas	Rétrospective / 18 mois	N = 68 (\bar{x} = 31 ; σ^2 = 37) / Issue d'un essai contrôlé randomisé / Age moyen : 43,5 ans (\pm 9,5)	Facteurs prédictifs de limitations au travail ("Work Limitation Questionnaire" : WLQ) ; Facteurs prédictifs du besoin de récupération ("Need For Recovery scale" : NFR)	Symptômes dépressifs (HDRS)	Genre ; Age ; Statut marital ; Personnalité ; Antécédent de dépression ; Comorbidité de trouble anxieux	Niveau d'étude ; Revenus ; Cadence et charge de travail ; Latitude décisionnelle ; Autonomie ; Relations avec les collègues et la hiérarchie ; Sécurité de l'emploi	Analyse univariée : Facteurs prédictifs de limitations au travail à 18 mois : Niveau d'étude dans le groupe contrôle (b = -4,79 se(b)=1,80 p=0,008) ; Latitude décisionnelle (b=0,07 se(b)=0,02 p=0,003) ; Autonomie dans le groupe contrôle (b=0,18 se(b)=0,06 p=0,004) ; Relations avec la hiérarchie (b=0,07 se(b)=0,03 p=0,027) ; Insécurité de l'emploi (b = -0,04 se(b)=0,02 p=0,017) / Analyse multivariée : Facteurs prédictifs de limitations au travail à 18 mois : Réaction passive (b=0,66 se(b)=0,16 p<0,001) ; Facteurs prédictifs du besoin de récupération : Réaction passive (b=6,25 se(b)=1,16 p<0,001)	Biais de généralisation (faible taille de l'échantillon) ; Biais de confusion (données auto-déclarées)	Bas : 2+
Ervasti J. et al. / 2015 / Finlande	Rétrospective / 2 ans	N = 9908 (\bar{x} = 8422 ; σ^2 = 1486) / Issue d'employés du secteur public / Age moyen : 46,6 ans (\pm 9,2)	Retour au travail (oui / non)	Dépression (oui / non ; CIM-10)	Genre ; Age ; Comorbidités somatiques et psychiatriques	Statut professionnel ; Type de contrat (déterminé / indéterminé) ; Comorbidités TMS	Association EDC-comorbidité et retour au travail après arrêt maladie pour dépression : Dépression seule (réf) ; Autre trouble psychiatrique HR 0,78 (IC 95% 0,74-0,83) ; Pathologie cardiovasculaire HR 0,78 (IC 95% 0,62-0,99) ; HTA HR 0,76 (IC 95% 0,67-0,85) ; TMS HR 0,82 (IC 95% 0,77-0,87) ; Diabète HR 0,73 (IC 95% 0,62-0,86) ; Asthme 0,84 (0,75-0,94) ; Cancer HR 0,66 (IC 95% 0,47-0,92)	Biais de mesure (certaines données sont manquantes) ; Biais de confusion (certaines comorbidités ne sont pas prises en compte)	Bas : 2+
Beck A. et al. / 2014 / Etats-Unis	Prospective / 25 mois	N = 771 (\bar{x} = 532 ; σ^2 = 179) / Issue d'une cohorte spécifique / Age moyen : 42,5 ans (\pm 12,4)	Perte de productivité (calculée grâce à l'absentéisme et au présentéisme)	Symptômes dépressifs (PHQ-9)	Genre ; Age ; Statut marital ; Origine ethnique ; Etat de santé	Niveau d'étude ; Statut d'emploi ; Travail à temps partiel (oui ou non)	Analyse multivariée : lien entre les variables et la perte de productivité : Symptômes dépressifs (PHQ-9) (p<0,0001) ; Employé à temps partiel (p<0,001) ; Santé passable ou médiocre (p=0,05) ; Célibataire (p=0,07)	Biais de confusion (pas de données sur les comorbidités) ; Biais de mesure (pas de population témoin)	Bas : 2+
Ervasti J. et al. / 2014 / Finlande	Rétrospective / 7 ans	N = 107 828 (\bar{x} = 83 552 ; σ^2 = 24 276) / Issue d'employés du secteur public / Age moyen : 43,4 ans (\pm 10,7)	Arrêt de travail (jours)	Dépression (oui / non ; CIM-10)	Genre ; Age ; Comorbidités somatiques chroniques ; Antécédent d'arrêt dû à un trouble mental	Type de contrat (déterminé / indéterminé) ; Niveau d'étude	Analyse multivariée : Association entre le type de contact (indéterminé = réf / déterminé = variable) et le début, la durée et la récurrence de l'arrêt de travail dû à la dépression : Début HR 1,02 (IC 95% 0,97-1,08) ; Durée COR 1,37 (IC 95% 1,25-1,51) ; Récurrence HR 0,99 (IC 95% 0,93-1,07) / Association entre l'emploi à durée déterminée et la durée des arrêts de travail liés à la dépression : Niveau d'étude (élevé : réf / faible : COR 1,95 (IC 95% 1,54-2,48) ; Age (18-35 ans : réf / >52 ans : COR 3,67 (IC 95% 2,83-4,76)	Biais de confusion (pas de données sur la comorbidité psychiatrique) ; Biais de généralisation (secteur d'activité spécifique, population à majorité féminine)	Bas : 2+
Endo M. et al. / 2014 / Japon	Prospective / 2 ans	N = 540 (\bar{x} = 85 ; σ^2 = 455) / Issue d'une grande entreprise japonaise / Age moyen : 41,7 ans (\pm 8,7)	Retour au travail (oui / non) ; Arrêt de travail récurrent après le retour au travail	Dépression (oui / non ; CIM-10)	Genre ; Age ; Statut marital ; Durée du premier arrêt maladie	Temps de trajet (min) ; Manager (oui / non) ; Age d'entrée dans l'entreprise ; Profession ; Demande et contrôle dans l'organisation du travail (BJSQ)	Analyse multivariée : Facteurs associés aux absences récurrentes dues à la dépression : Demande dans l'organisation du travail (faible : réf / élevé : HR 1,46 (IC 95% 1,01-2,10) p=0,04)	Biais de confusion (pas de données sur les comorbidités psychiatriques) ; Biais de sélection (recrutement) ; Biais de mesure (pas de groupe contrôle) ; Biais de généralisation (avec d'autres pays et entreprises)	Bas : 2+

c.3.2. Contraintes socio-professionnelles

Les principaux résultats obtenus dans ces études, parmi les contraintes socio-professionnelles, étaient les suivants :

- Un faible niveau de scolarité était associé à un risque accru d'épisodes récurrents d'incapacité au travail dans les groupes d'âge de 50 ans ou moins (enseignement supérieur (réf) :
 - 21-34 ans : faible niveau d'étude RR 1,67 (IC 95% 1,00-2,77) ; enseignement intermédiaire RR 1,41 (IC 95% 1,04-1,92)
 - 35-50 ans : faible niveau d'étude RR 1,42 (IC 95% 1,19-1,69) ; enseignement intermédiaire RR 1,13 (IC 95% 1,01-1,25)
 - > 50 ans : faible niveau d'étude RR 1,02 (IC 95% 0,86-1,21) ; enseignement intermédiaire RR 1,04 (IC 95% 0,92-1,17)) (83).
- Les personnes ayant un revenu dans le ménage plus élevé était davantage susceptible de retourner au travail de façon durable (OR 1,04 (IC 95% 1,00-1,08) $p=0,04$) et les travailleurs vulnérables étaient moins susceptibles de retourner au travail que les salariés (OR 0,39 (IC 95% 0,20-0,77) $p<0,01$) (53).
- Les épisodes d'arrêt maladie étaient plus longs chez les employés avec un contrat à durée déterminée que chez les employés avec un contrat à durée indéterminée, après ajustement en fonction de l'âge, du sexe, du niveau de scolarité, des maladies somatiques chroniques et des antécédents de troubles mentaux ou comportementaux (rapport de cotes cumulatif (COR) 1,37 (IC 95% 1,25-1,51)). L'association entre l'emploi à durée déterminée et la durée des épisodes d'arrêt liés à la dépression était plus prononcée chez les employés ayant un faible niveau de scolarité (COR 1,95 (IC 95 % 1,54-2,48)) et les employés plus âgés (>52 ans) (COR 3,67 (IC 95% 2,83-4,76)) (56).

c.3.3. Contraintes psychologiques

Concernant les contraintes psychologiques :

- Une étude montrait qu'après trois ans de suivi, une faible capacité de travail était associée de façon négative et significative au retour au travail (« Work ability index » (114) : OR 1,235 (IC 95% 1,029–1,401)) (84).
- Une étude se basant sur les échelles WLQ et NFR a révélé que les employés complètement rétablis de la dépression, pouvaient encore présenter des troubles de fonctionnement au travail s'ils avaient un style passif d'adaptation (WLQ : (B(SE) 0.66 (0.16), $p < 0,001$) ; NFR : (B(SE) 6.25 (1.16), $p < 0,001$) après ajustement) (78).
- Une étude montrait que l'augmentation de l'exigence organisationnelle au poste, évaluée au moyen du BJSQ, était un facteur de risque d'absences récurrentes lié à la dépression (RC 1,46 (IC 95% 1,01-2,10), ajusté en fonction des facteurs de confusion) (79).
- Une autre étude ne montrait pas de relation significative entre les exigences psychologiques et le retour au travail à 1 an (HR 1,12 (IC 95% 0,89–1,40) $p = 0,34$) et 2 ans (HR 1,24 (IC 95% 0,95–1,62) $p = 0,12$) après un arrêt pour EDC (81).

c.3.4. Contraintes organisationnelles

En ce qui concerne les contraintes organisationnelles :

- Une étude mettait en évidence que pour les employés qui travaillaient à temps partiel au début de l'étude, la durée jusqu'à la reprise du travail à temps complet était plus courte (HR 2,80 (IC 95% 2,13–3,68) $p < 0,01$) à 1 an et HR 1,80 (IC 95% 1,34–2,41) $p < 0,01$ à 2 ans après le début de l'arrêt maladie) (81).
- Une étude montrait une plus grande perte de productivité associée au statut d'emploi à temps plein par rapport au temps partiel ($p < 0,001$) (77).

c.3.5. Contraintes physiques

Pour les contraintes physiques :

- Une étude analysait les relations entre les caractéristiques du travail et la durée du retour au travail complet chez les personnes présentant des symptômes dépressifs 1 et 2 ans après le début de leur arrêt maladie. Il n'y avait pas de relation significative avec l'effort physique (à 1 an : HR 0,84 (IC 95% 0,68–1,03) $p=0,09$; à 2 ans : HR 0,84 (IC 95% 0,65–1,09) $p=0,19$), ni avec les postures contraignantes (à 1 an : HR 1,06 (IC 95% 0,86–1,31) $p=0,60$; à 2 ans : HR 1,05 (IC 95% 0,81–1,38) $p=0,70$) (81).
- Une étude retrouvait que les comorbidités de troubles musculo-squelettiques (TMS) associés à l'EDC retardaient le retour au travail (EDC seul (réf) ; EDC+TMS : HR 0,82 (IC 95% 0,77–0,87)) (55).

c.3.6. Contraintes non professionnelles

D'autres résultats retrouvaient des liens intéressants entre l'EDC, sa sévérité, les comorbidités, les arrêts maladie, leur récurrence et la productivité :

- Une étude s'intéressait à l'impact de l'EDC et de sa sévérité sur les arrêts de travail dans la population générale. Elles retrouvaient que l'incidence d'absence pour maladie était de 18,6% pour les salariés avec symptômes dépressifs et 3,9% pour les salariés sans, soit un OR de 3,63 (IC 95% 2,13–6,20) après ajustement des facteurs de confusion. Plus la sévérité augmentait, plus les arrêts étaient longs (85).
- Une étude montrait après ajustement, une relation linéaire et monotone significative entre la gravité des symptômes de dépression et la perte de productivité ($p<.0001$) (77).
- Une étude s'intéressait aux comorbidités associées à la dépression et leurs impacts sur le retour au travail par rapport à un EDC isolé. Elle retrouvait que les troubles psychiatriques actuels ou récents autres que la dépression (HR 0,78 (IC

95% 0,74-0,83)), le cancer (HR 0,66 (IC 95% 0,47-0,92)), le diabète (HR 0,73 (IC 95% 0,62-0,86)), les maladies cardiovasculaires (HR 0,78 (IC 95% 0,62-0,99)), l'hypertension (HR 0,76 (IC 95% 0,67-0,85)), les troubles musculo-squelettiques (HR 0,82 (IC 95 % 0,77-0,87)) et l'asthme (HR 0,84 (IC 95% 0,75-0,94)) étaient tous associés à une probabilité moindre de retour au travail comparativement aux épisodes de dépression sans autre affection (55).

- Une étude montrait que les hommes et les femmes présentant des symptômes dépressifs (CES-D \geq 16) avaient une probabilité plus élevée d'absence pour maladie pendant la durée de cette étude (hommes : OR 4,06 (IC 95% 2,32–7,11); femmes : OR 1,75 (IC 95% 1,02-2,98)), après ajustement pour les facteurs démographiques et professionnels. De même, les personnes ayant une carrière inférieure à 1 an (13,3% pour les hommes, $p < 0,001$; 28,1% pour les femmes, $p = 0,020$) avaient un taux d'absence significativement plus élevé que celles ayant une carrière plus longue. Une tendance montrait l'augmentation du risque d'arrêt pour un travail posté chez la femme mais non significatif (18.3% contre 8,3% en horaire de jour ; $p=0,088$) (82).
- Une étude évaluant la récurrence des arrêts maladie pour dépression, retrouvait que l'augmentation de la durée d'un premier arrêt maladie était identifiée comme un facteur prédictif significatif d'une période d'arrêt maladie récurrent plus longue (OR 3,258 (IC 95% 1,780–5,963) ; $p < 0,001$) (80).

Aucune contrainte toxicologique n'était examinée dans les articles inclus.

c.4. Interventions axées sur le travail et influant sur le retour au travail après un EDC

Le tableau 2 répertorie les 20 études incluses lors de la recherche concernant les interventions axées sur le travail et influant sur le retour au travail après un EDC (86–105). Depuis la méta-analyse Nieuwenhuijsen 2014 (58), 10 essais contrôlés randomisés (86,87,90–93,97,101,102,104), 1 étude mixte (qualitative et quantitative) (103), 1 étude observationnelle prospective (94) et 8 études qualitatives (88,89,95,96,98–100,105) ont été retrouvés sur le sujet. La durée de suivi des études prospectives allait de 3 mois (87,94,103) à 2 ans (93).

En utilisant l'outil GRADE, on peut classer 5 études avec un niveau de confiance modéré (86,87,90,91,102), 6 études avec un niveau de confiance bas (92–94,97,101,104), 8 études avec un niveau de confiance très bas (88,89,95,96,98–100,105) et 1 avec un niveau de confiance bas sur une partie quantitative et un niveau de confiance très bas sur une partie qualitative (103).

Le nombre de travailleurs examinés dans ces études variait de 7 (100) à 3 228 (101), pour un nombre total de 6 612. Il y avait 4 010 femmes et 2 587 hommes. Pour 15 personnes, le genre n'était pas renseigné. L'âge moyen, exploitable uniquement sur 14 études (86–88,90,92–94,96–98,101–104), était de 44 ans. La population était issue de services de psychiatrie pour 5 études (92–94,97,98), de services de somatique pour 1 étude (104), de services de médecine du travail pour 2 études (101,102), de services de soins primaires pour 1 étude (87), de la population active pour 1 étude (91), de compagnies d'assurance maladie pour 4 études (86,90,96,103), d'organisations du secteur public pour 1 étude (100), d'organisations d'employeurs et managers pour 2 études (88,95), de représentants syndicaux pour 1 étude (89), d'ergothérapeutes pour 1 étude (99) et d'un essai contrôlé randomisé pour 1 étude (105).

L'évènement étudié pour les études prospectives était le taux (en pourcentage) de retour au travail après un EDC pour 6 études (87,92–94,103,104), le taux de retour durable au travail (moins de 14 jours d'arrêt sur 6 mois) pour 1 étude (90), la durée des absences maladie (en jour) pour 4 études (86,91,101,102), l'autonomisation au travail (« Empowerment Scale » (ES) (115)) pour 1 étude (97).

Pour les études qualitatives, les évènements étudiés étaient :

- L'évaluation de l'intervention par les participants pour l'étude mixte (103),
- Les facteurs critiques dans le processus du retour au travail du point de vue des patients du service de psychiatrie ayant participé à un essai contrôlé randomisé (98),
- Les stratégies pour aider un employé avec un EDC à retourner au travail du point de vue des employeurs ou managers (88),
- L'attitude des managers face à la dépression d'un employé (stigmatisation) (95),
- La description de l'expérience des ergothérapeutes dans la formulation d'une décision de retour au travail pour les employés atteints d'un trouble dépressif majeur (99),
- L'identification par les employés d'obstacles et de facilitateurs pour la mise en œuvre d'une intervention coordonnée et adaptée en matière de retour au travail (96),
- Le rôle des acteurs syndicaux dans le processus de retour au travail d'employés ayant vécu une dépression et leur point de vue sur les facteurs facilitant ou gênant le retour au travail de ces personnes (89),
- L'évaluation du vécu et des effets ressentis sur la capacité de travail et les activités quotidiennes d'interventions d'un essai contrôlé randomisé (méthode basée sur les problèmes et thérapie cognitivo-comportementale) (105),
- La réflexion d'employés sur l'expérience de la dépression, son impact et sa prise en charge par rapport à leur travail, la gestion du retour au travail après leur dépression et la façon dont l'absence pour maladie liée à la dépression aurait pu être évitée (100).

La description de la dépression pour les études prospectives était principalement le diagnostic de la dépression (basé sur la CIM-10 (106)), pour 1 étude (101), et l'évaluation de la sévérité de la dépression pour 9 études (86,87,92–94,97,102–104). Les échelles de sévérité de la dépression était la « Hamilton Depression 6-Item Scale » (HAM-D6) (116), le

« Beck Depression Inventory II » (BDI-II) (28), la « Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale » (MADRS-S) (27), le « Kessler-6 » (117), le « Mini-International Neuropsychiatric Interview » (MINI) (32) et le « Patient Health Questionnaire » (PHQ-9) (29).

La sévérité de l'anxiété était recherchée dans 4 études grâce aux échelles « Hamilton Anxiety 6-Item Scale » (HAM-A6) (116) et « Generalized Anxiety Disorder Questionnaire » (GAD-7) (118).

La sévérité des symptômes somatiques était recherchée dans 2 études (102,104) grâce à l'échelle PHQ-15 (119).

La qualité de vie était recherchée dans 4 études (86,87,92,93) grâce aux échelles « WHO-Five Well-being Index » (WHO-5) (116), « Manchester Short Assessment of Quality of Life » (MANSA) (120) et EuroQoL-5D 3 L scale (121).

Les autres variables étaient des données socio-démographiques (genre, âge, statut marital), des renseignements cliniques sur les comorbidités psychiatriques et somatiques, ou des facteurs professionnels.

c.4.1. Tableau 2 : Articles concernant les interventions axées sur le travail

Auteur / Année de publication / Pays d'origine	Type d'étude / Durée de suivi	Population : nombre - genre / Recrutement / Age	Evènement étudié	Description de la dépression	Variables d'ajustement	Interventions	Résultats	Biais	Niveau de confiance (GRADE)
Ito D. et al. / 2019 / Japon	Prospective / 3 mois	N = 23 (♀ = 9; ♂ = 14) / Issue de services de psychiatrie / Age moyen : 41 ans (± 8,3)	Retour au travail (auto-évaluation)	Symptômes dépressifs (Kessler-6 (K6))	Genre ; Age ; Adaptation sociale (SASS) ; Difficulté pour retrouver du travail (DRW) (lié à : condition physique ; relations humaines ; fonction cognitive)	Examiner l'efficacité d'une thérapie de groupe cognitivo-comportementale axée sur le travail	Analyse (pré et post intervention) des variables avec tests t appariés et taille de l'effet : Significatif : K6 (t=5,81 p<0,01 d=1.12 (IC 95% 0,46-1,77)) ; SASS (t=-4,31 p<0,01 d=-0,77 (IC 95% -1,40- -0,14)) ; DRW (t=3,50 p<0,01 d=0,69 (IC 95% 0,06-1,31)) ; Relations humaines (DRW) (t=4,21 p<0,01 d=0,90 (IC 95% 0,26-1,54)) ; Fonction cognitive (DRW) (t=3,19 p<0,01 d=0,64 (IC 95% 0,02-1,26)) ; Non Significatif : Condition physique (DRW) (t=1,48 p=0,15 d=0,27 (IC 95% -0,35- 0,88))	Biais de confusion (pas de données sur les comorbidités) ; Biais de mesure (pas de groupe contrôle ; perdu de vue) ; Biais de généralisation (petite taille de l'échantillon)	Bas : 2+
Finnes A. et al. / 2019 / Suède	Essai contrôlé randomisé	N = 352 (♀ = 276; ♂ = 76) / Issue de la population active / Age entre 18 et 65 ans	Arrêt de travail (jours)	Dépression	Genre ; Age	(a) thérapie d'acceptation et de responsabilisation vis-à-vis de la dépression (ACT), (b) intervention visant à favoriser le dialogue dans l'entreprise (WDI), (c) combinaison des deux (ACT+WDI), (d) traitement habituel (TAU)	Durant le suivi, la combinaison des deux interventions a généré une plus longue période d'arrêt de travail que le traitement habituel. Analyse (pré et post intervention) : taille de l'effet intra groupe : ACT (d [0,55-1,17]) ; WDI (d [0,40-0,94]) ; ACT+WDI (d [0,26-1,13]) ; TAU (d [-0,06-0,70])	Biais de généralisation (modèle suédois)	Modéré : 3+
Porter S. et al. / 2018 / Suède (1)	Qualitative	N = 16 (♀ = 10 ; ♂ = 6) / Issue de services de psychiatrie (issue de l'essai contrôlé randomisé de Porter S. et al. 2018 (2)) / Age : 39,3 ans (± 12,5)	Facteurs critiques pour le processus de retour au travail	Dépression (CIM-10)	Genre ; Age ; Pays d'origine ; Statut marital ; Enfants ; Niveau d'étude ; Statut professionnel ; Caractéristique clinique	Entretiens individuels approfondis : questions ouvertes liées au travail, à l'environnement social (cadre familial, entourage professionnel et de soins) et concernant les différents organismes d'aide sociale impliqués, pour identifier des facteurs influant le processus du retour au travail après une dépression	Facteurs influant le retour au travail : l'expérimentation de l'espoir et du pouvoir, les attitudes, croyances et comportements positifs des professionnels et l'adoption d'une prise en charge globale avec l'implication des professionnels de la santé et de l'entourage professionnel	Biais de généralisation (petite taille de l'échantillon) ; Biais de mesure (subjectivité)	Très bas : 1+
Bjorkelund C. et al. / 2018 / Suède	Essai contrôlé randomisé / à 3 et 6 mois	N = 376 (♀ = 268 ; ♂ = 108) / Issue des soins primaires / Age moyen : 41,2 ans (± 15,5)	Arrêt de travail (jours) ; Retour au travail (%)	Symptômes dépressifs (MADRS-S ; BDI-II)	Genre ; Age ; Statut marital ; Qualité de vie (EuroQoL-5D 3 L) ; Médicaments antidépresseurs ; Satisfaction des patients ("Psychiatric Outpatient Satisfaction Scale") ; IMC ; Niveau d'étude ; Travail ; Temps de travail ; Consommation d'alcool ; Activité physique ; Origine ethnique	Soins habituels : traitements médicamenteux et psychologique / Intervention : Soins habituels + Suivi individuel et contact téléphonique 6 à 8 fois par semaine avec une infirmière pendant 12 semaines	Analyse des variables du groupe intervention par rapport au groupe témoin : MADRS-S 2,17 plus faible (IC 95% 0,56-3,79, p=0,009) à 3 mois et 2,27 plus faible (IC 95% 0,59-3,95, p = 0,008) à 6 mois ; BDI-II 1,96 plus faible (IC à 95% -0,19; 4,11, p = 0,07) à 6 mois ; Qualité de vie plus élevée à 3 mois (p<0,01). A 3 mois : Retour au travail (intervention : 62,5% ; témoin : 42,9% ; p=0,02) ; Utilisation d'anti-dépresseur (intervention : 50,7% ; témoin : 67,4% ; p=0,02). A 6 mois : Rémission (intervention : 61% ; témoin : 47% ; p=0,006)	Biais de mesure (pas d'aveugle ; une seule échelle de dépression a donné des résultats significatifs) ; Biais de généralisation (petite taille de l'échantillon ; suivi de courte durée)	Modéré : 3+
Porter S. et al. / 2018 / Suède (2)	Essai contrôlé randomisé / 12 mois	N = 61 (♀ = 44 ; ♂ = 17) / Issue de services de psychiatrie / Age moyen : 41 ans (20-63)	Retour au travail ; Autonomisation ("Empowerment Scale" (ES))	Symptômes dépressifs (MADRS-S)	Genre ; Age ; Pays d'origine ; Statut marital ; Présence d'enfants ; Niveau d'éducation ; Statut professionnel ; Ancienneté ; Comorbidité bipolaire ; Trouble de l'attention et de l'hyperactivité chez l'adulte (ASRS) ; Symptômes de stress et d'épuisement (KEDS) ; Consommation d'alcool (AUDIT)	Intervention : "Individual Enabling and Support" (IES) : Soutien individuel avec stratégies motivationnelles et cognitives liées au processus de retour au travail, conseil pour l'équilibre travail-vie personnelle, aide organisationnelle et administrative / Témoin : Circuit de retour au travail habituel	Intervention par rapport au témoin : Augmentation de l'autonomisation perçue (p=0,006 ; Z=-2,757 ; r=0,339) ; Amélioration des scores de dépression (p=0,011 ; Z=-2,543 ; r=0,313) à 6 mois de l'intervention	Biais de généralisation (petite taille de l'échantillon) ; Biais de confusion (répartition inégale des genres)	Bas : 2+

Wisenthal A. et al. / 2018 / Canada	Mixte (quantitative et qualitative) / 3 mois	N = 21 (♀ = 13 ; ♂ = 8) / Issue de compagnies d'assurance maladie / Age moyen : 45,4 ans (± 9,9)	<u>Etude quantitative</u> : Retour au travail <u>Etude qualitative</u> : Eléments d'intervention et gains mis en évidence par les participants	Symptômes dépressifs (BDI-II)	Genre ; Age ; Statut marital ; Enfants ; Niveau d'étude ; Durée de l'arrêt de travail ; Profession ; Ancienneté ; Capacité de travail ("Work Ability Index") ; Fatigue ("Multidimensional Assessment of Fatigue")	<u>Etude quantitative</u> : Evaluer l'efficacité du "cognitive work hardening" (CWH) (travail cognitif de renforcement qui est une intervention professionnelle utilisant le travail comme modalité de traitement pour relever les défis professionnels auxquels font face les personnes qui retournent au travail après une dépression) / <u>Etude qualitative</u> : questionnaire post-intervention comportant des questions sur leur expérience de CWH sous différents aspects de l'intervention puis entretiens téléphoniques de suivi à trois mois pour fournir des informations supplémentaires	<u>Etude quantitative</u> : Résultats du test t sur groupe pré-test / post-test : Work Ability Index (t=4,677 (IC 95% 2,94-7,68) p<0,001 d=1,02) ; Multidimensional Assessment of Fatigue (t=2,431 (IC 95% 0,48-6,29) p=0,025 d = 0.53) ; BDI-II (t=5,006 (IC 95% 6,42-15,58) p<0,001 d=1,09) / <u>Etude qualitative</u> : Les participants ont identifié la structure, les simulations de travail, le réalisme de l'environnement de travail simulé, le soutien et l'éducation comme éléments clés de l'intervention	Biais de généralisation (petite taille de l'échantillon) ; Biais de mesure (absence de groupe témoin)	<u>Etude quantitative</u> : bas : 2+ <u>Etude qualitative</u> : très bas : 1+
Corbière M. et al. / 2017 / Canada	Qualitative	N = 219 (♀ = 163 ; ♂ = 56) / Issue d'organisations d'employeurs et managers / Age moyen : 41,3 ans (± 10,0)	Stratégies pour aider un employé ayant reçu un diagnostic de dépression à retourner au travail	Dépression	Genre ; Age ; Niveau d'étude ; Secteur d'activité ; Taille de l'organisation ; Fonction dans l'organisation ; Région	Entretien téléphonique, questionnaire semi directif : "Selon vous, quelles sont les stratégies les plus efficaces pour aider un employé ayant reçu un diagnostic de dépression à retourner au travail ?" ; Analyse descriptive interprétative	6 principes : 1. Contacts avec l'employé en absence maladie 2. Évaluation et planification du RaT sans précipitation 3. Formation des gestionnaires et du collectif de travail à la problématique santé mentale au travail 4. Concertation des acteurs clés du RaT 5. Retour au travail progressif avec aménagements 6. Suivi de la santé de l'employé et de son travail ; Pour 34 stratégies	Biais de mesure (subjectivité)	Très bas : 1+
Dalgaard VL. et al. / 2017 / Danemark	Essai contrôlé randomisé / 44 semaines	N = 163 (♀ = 120 ; ♂ = 43) / Issue de compagnies d'assurance maladie / Age moyen : 45 ans (26-63)	Retour au travail durable (<14 jours d'arrêt sur 6 mois)	Dépression (CIM-10)	Genre ; Age ; Arrêt de travail au début de l'étude (partiel ou complet) ; Niveau d'étude ; Profession ; Médicaments	Intervention : 6 séances de 1h de TCC axées sur le travail pendant 16 semaines / Contrôle A : ayant une évaluation clinique / Contrôle B : pas d'évaluation clinique	Analyse multivariée : Durée du retour au travail 44 semaines de suivi : Contrôle A (réf) ; Intervention (HR 1,57 (IC 95% 1,01-2,44) p=0.04)	Biais de sélection (groupe B : manque de données pour analyse multivariée) ; Biais de mesure (pas de distinction entre reprise du travail à temps plein et partiel) ; Biais de généralisation (petite taille de l'échantillon)	Moderé : 3+
Hellstrom L. et al. / 2017 / Danemark	Essai contrôlé randomisé / 2 ans	N = 326 (♀ = 221 ; ♂ = 105) / Issue de services de psychiatrie / Age moyen : 35 ans (± 10,5)	Retour au travail	Symptômes dépressifs (HAM-D6)	Genre ; Age ; Statut marital ; Niveau d'étude ; Revenus ; Symptômes anxieux (HAM-A6) ; Fonctionnement global (GAF-F) ; Qualité de vie (WHO 5) ; Symptômes de manie ("Bech-Rafaelsen Mania Scale") ; Performances ("Personal and Social Performance") ; "Sheehan Disability Scale") ; Autonomisation ("Empowerment Scale")	Intervention : "Individual Placement and Support modified for people with mood and anxiety disorders" (IPS-MA) : soutien individuel par un conseiller, aide à l'orientation professionnelle et au contact avec l'employeur / Traitement habituel	Analyse multivariée : Retour au travail : Traitement habituel (réf ; 28,0% à 12 mois ; 37,8% à 24 mois) ; Intervention à 12 mois (32,5%) OR 1,19 (IC 95% 0,74-1,92) p=0,48 ; à 24 mois (44,2%) OR 1,34 (IC 95% 0,86-2,10) p=0,20	Biais d'attrition (suivi) ; Biais de mesure (données manquantes)	Bas : 2+
Zwerenz R. et al. / 2017 / Allemagne	Essai contrôlé randomisé / 12 mois	N = 632 (♀ = 289 ; ♂ = 343) / Issue de services de somatique / Age : 48,7 ans (± 7,2)	Retour au travail (Pronostic subjectif d'un emploi rémunéré)	Symptômes dépressifs (PHQ-9)	Genre ; Age ; Niveau d'étude ; Service de somatique d'origine ; Durée du traitement ; Limitation des capacités ; Symptômes anxieux (GAD-7) ; Symptômes somatiques (PHQ-15) ; agents de stress psychosociaux (PHQ-10) ; État de santé fonctionnelle (SF-12) ; Engagement au travail, résistance au stress et aux émotions, bien-être au travail (AVEM-44)	Intervention : soins hospitaliers basés sur une formation professionnelle manuelle et éducative. Suivi de cette formation par internet à la sortie de l'hôpital / Contrôle : mêmes soins hospitaliers mais pas de suivi de ces soins à la sortie	Taille d'effet : Pronostic subjectif d'un emploi rémunéré : légèrement plus positif dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle à la fin de l'intervention (d = 0,13) et encore plus positif à 12 mois de suivi (d = 0,20)	Biais de recrutement (problème éligibilité) ; Biais de mesure (suivi) ; Biais de généralisation (mauvaise représentativité du lieu de recrutement)	Bas : 2+

Beiwinkel T. et al. / 2017 / Allemagne	Essai contrôlé randomisé / 12 semaines	N = 180 (♀ = 123 ; ♂ = 57) / Issue d'une compagnie d'assurance maladie / Age moyen : 47,7 ans (± 10,9)	Absentéisme au travail (fréquence, durée)	Symptômes dépressifs (PHQ-9 ; BDI-II)	Genre ; Age ; Statut marital ; Niveau d'étude ; Travail à temps plein ou partiel ; Responsabilité du poste ; Antécédent de dépression ; Traitements ; Qualité de vie (MANSA)	Intervention : programme Web de 12 semaines comprenant des séances interactives structurées et le soutien d'un thérapeute sur demande / Contrôle : psychoéducation non guidée sur le Web	A 12 semaines : différence de taille d'effet modéré et significative entre les groupes d'intervention et témoin en faveur du groupe d'intervention concernant les symptômes dépressifs (PHQ-9 (d=0,55 (IC 95% 0,25-0,85), p<0,001 et BDI-II (d=0,41 (IC 95% 0,11-0,70), p=0,004) ; Réduction de la fréquence des absences au travail (groupe intervention : -67,23 %, p<0,001, groupe contrôle : -82,61 %, p<0,001)	Biais de généralisation (petite taille de l'échantillon) ; Biais de mesure (perdu de vue ; subjectivité ; données manquantes) ; Biais de confusion (pas de données sur les comorbidités)	Modéré : 3+
Van Beurden KM. et al. / 2016 / Pays Bas	Essai contrôlé randomisé / 12 mois	N = 3 228 (♀ = 1 885 ; ♂ = 1 343) / Issue de services de médecine du travail / Age moyen : 44,6 ans (± 10,9)	Retour au travail (jours avant le premier retour et le retour complet ; taux de retour au travail)	Dépression (CIM-10)	Genre ; Age ; Heures de travail par semaine	Intervention : Ligne directrice pour médecins du travail : suivi renforcé (visite toutes les 3 semaines pendant 3 mois puis toutes les 6 semaines) ; évaluer le processus de rétablissement et de retour au travail ; améliorer la capacité de résolution de problèmes (modèle en trois phases de Meichenbaum) ; TCC ; contact avec l'employeur une fois par mois / Contrôle : prise en charge habituelle	Médiane du retour complet au travail (jours) : Intervention 154 ; Contrôle 154 (HR 0,96 (IC 95 % 0,81-1,15)) / Médiane du premier retour au travail (jours) : Intervention 91 ; Contrôle 93 (HR 0,96 (IC à 95 % : 0,80-1,15))	Biais de mesure (observance de l'intervention par les médecins du travail) ; Biais de confusion (pas de données sur les comorbidités)	Bas : 2+
Martin AJ. et al. / 2016 / Australie	Qualitative	N = 469 (♀ = 251 ; ♂ = 214 ; ND = 4) / Issue d'organisations d'employeurs et managers / Age entre 18 et 69 ans	Valider une échelle permettant de mesurer l'attitude et la stigmatisation affective, cognitive et comportementale que peut avoir un manager à l'égard d'un salarié ayant un EDC	Dépression	Genre ; Age ; Niveau d'étude ; Parler anglais ; Taille de l'entreprise ; Secteur d'activité	Questionnaire individuel : questions descriptives de base sur les caractéristiques démographiques et sur les caractéristiques d'emploi et une échelle permettant d'évaluer l'attitude des dirigeants à l'égard de la dépression chez les employés	L'attitude de stigmatisation de la dépression par les managers était un facteur susceptible de freiner le succès des interventions axées sur la santé mentale en milieu de travail	Biais de mesure (subjectivité)	Très bas : 1+
Ramano E. et al. / 2016 / Afrique du Sud	Qualitative	N = 11 / Ergothérapeutes / Age entre 36 et 54 ans	Expérience dans la formulation d'une décision concernant le retour au travail des employés atteints d'un EDC	Dépression	Genre ; Age	Groupe de discussion : questions ouvertes sur la capacité de travail, la simulation de symptômes, les troubles de la personnalité de l'employé, la pratique des ergothérapeutes et les étapes de la prise en charge pour que l'employé puisse retrouver sa capacité de travail.	Sept thèmes pouvant influencer une décision concernant le retour au travail : 1. le profil biographique de l'employé, 2. le point de vue de l'employeur, 3. le point de vue de l'employé, 4. le point de vue de l'ergothérapeute, 5. employé en incapacité temporaire, 6. employé en incapacité permanente et 7. le degré de motivation de l'employé	Biais de généralisation (petite taille de l'échantillon) ; Biais de mesure (subjectivité)	Très bas : 1+
Volker D. et al. / 2015 / Pays-Bas	Essai contrôlé randomisé / 12 mois	N = 220 (♀ = 130 ; ♂ = 90) / Issue de services de médecine du travail / Age moyen : 44,2 ans (± 10,0)	Retour au travail (jours avant le premier retour au travail)	Symptômes dépressifs (PHQ-9)	Genre ; Age ; Statut marital ; Nationalité, Niveau d'étude ; Comorbidités chroniques ; Caractéristiques de l'emploi (JCQ) ; Intention de retour au travail malgré les symptômes ("5-point Likert scale") ; Symptômes anxieux (GAP-7) ; Symptômes somatiques (PHQ-15)	Intervention : "E-health module embedded in Collaborative Occupational health care" : module de e-santé pour favoriser le retour au travail, associé à une aide décisionnelle par courriel pour le médecin du travail + prise en charge habituelle / Contrôle : prise en charge habituelle	Médiane du premier retour au travail (jours) : Intervention 50 (IQR 20,8-99,0) ; Contrôle 77,0 (IQR 29,0-152,3) (HR 1,390 (IC 95% 1,034-1,870), p=0,03)	Biais de sélection (perdu de vue) ; Biais de mesure (changement de médecin pendant le suivi) ; Biais de confusion (les employeurs n'ont pas de rôle actif)	Modéré : 3+

Martin MH. et al. / 2015 / Danemark	Qualitative	N = 213 (♀ = 142; ♂ = 71) / Issue de compagnies d'assurance maladie / Age moyen : 43 ans (± 9,8)	Identifier les obstacles et les facilitateurs pour la mise en œuvre d'une intervention coordonnée et adaptée en matière de retour au travail	Dépression	Genre ; Age ; Semaines passées en arrêt maladie ; Salariés	Deux entretiens de groupe avec l'équipe multidisciplinaire et la direction de l'intervention : questions sur leurs expériences pendant la réalisation de l'intervention et leur coopération avec les parties prenantes / Deux entretiens de groupe avec des agents de l'assurance sociale : questions sur leurs expériences lors du recrutement des participants, de leur coopération avec l'équipe multidisciplinaire et de la mesure dans laquelle l'intervention a répondu à leurs besoins dans le centre d'emploi / Entretiens individuels avec les participants : questions sur leurs antécédents, les circonstances de leur arrêt maladie et leurs expériences lors de l'intervention	Les obstacles identifiés étaient le manque de compétences pour évaluer les problèmes de santé mentale, les différentes interprétations de la législation sur les arrêts maladie, les solutions alternatives en matière de réadaptation et le manque de soutien des employeurs à l'intervention. Un facilitateur important était la motivation et la disponibilité des ressources pour résoudre les désaccords grâce à une communication étendue dans l'entreprise	Biais de sélection (perdu de vue) ; Biais de mesure (subjectivité ; données manquantes)	Très bas : 1+
Corbière M. and al. / 2015 / Canada	Qualitative	N = 23 (♀ = 11; ♂ = 12) / Issue d'acteurs syndicaux / Age entre 41 et 60 ans (70%)	Le rôle des acteurs syndicaux dans le processus de retour au travail d'employés qui ont vécu une dépression ; Les facteurs facilitant et gênant le retour au travail d'une personne ayant vécu une dépression	Dépression	Genre ; Age ; Secteur d'activité ; Taille de l'entreprise ; Rôle dans le syndicat ; Nombre d'années d'implication dans le syndicat ; Nombre d'heures d'implication par semaine dans le syndicat ; Formation continue en santé mentale (oui/non)	3 groupes de discussion (de 4 à 8 personnes) ; 2 heures ; réflexion individuelle + échange) + 1 animateur, 1 chercheur, 1 guide de discussion ; Questions : Dans votre rôle d'acteur syndical, qu'avez-vous fait à l'intérieur du processus de retour au travail d'employés qui ont eu une dépression? Selon vous, qu'est-ce qui aide les personnes ayant vécu une dépression à retourner au travail? Qu'est-ce qui nuit ou rend plus difficile leur retour au travail?	13 thèmes dans le rôle que les acteurs syndicaux sont appelés à jouer auprès des employés ayant vécu une dépression ; 46 facteurs considérés comme facilitant ou gênant le retour au travail, vision selon différents groupes d'acteurs : l'employeur et l'organisation, les collègues, l'employé ayant vécu une dépression, les acteurs syndicaux, les médecins et les services médicaux ; 4 facteurs inter-acteurs récurrents (la culture organisationnelle qui accorde de l'importance à la santé mentale et à l'aspect humain du travail, le soutien et le suivi disponibles pendant l'absence et lors du retour au travail, le manque de ressources ainsi que les préjugés et le malaise de la part des acteurs organisationnels face à la dépression)	Biais de généralisation (petite taille de l'échantillon) ; Biais de confusion (orientation sociale) ; Biais de mesure (subjectivité)	Très bas : 1+
Hellstrom LC. et al. / 2014 / Danemark	Essai contrôlé randomisé / 12 mois	N = 56 (♀ = 39; ♂ = 17) / Issue de services de psychiatrie / Age : 35,1 ans (± 10,2)	Retour au travail	Symptômes dépressifs (MINI ; HAM-D6)	Genre ; Age ; Degré d'apathie ("the Diagnostic Apathia Scale") ; Symptômes anxieux (HAM-A6) ; Invalidité (Sheehan Disability Scale (SDS) ; The Personal and Social Performance (PSP) Scale ; The Global Assessment of Functioning (GAF) ; The GAS) ; Bien-être psychologique (WHO-5)	Intervention : prise en charge individuelle en plus d'une prise en charge habituelle / Contrôle : prise en charge habituelle	Syndromes de base des patients qui, un an plus tard, étaient retournés au travail (oui ou non) : "the Diagnostic Apathia Scale" >8 (oui 50,0%, non 76,0%, p=0,0495) ; HAM-D6 >9 (oui 72,7%, non 76,5%, p=1,0000) ; HAM-A6 >9 (oui 45,5%, non 52,9%, p=0,9419) ; WHO-5 <50 (oui 80,0%, non 85,7%, p=0,7030)	Biais de généralisation (petite taille de l'échantillon) ; Biais de confusion (pas de données sur le traitement)	Bas : 2+
Jansson I. et al. / 2014 / Suède	Qualitative	N = 16 (♀ = 14; ♂ = 2) / Issue d'un essai contrôlé randomisé / Age : entre 30 et 63 ans	Description faite par les participants à des interventions (méthode basée sur les problèmes et TTC), de leur vécu des interventions et l'impact sur leur capacité à travailler et à effectuer d'autres activités de la vie quotidienne	Dépression	Genre ; Age ; Arrêt de travail (oui ou non)	Entretiens individuels semi-structurés : les questions portaient sur les expériences vécues lors de l'intervention, si et comment l'intervention avait affecté leur capacité à travailler, et si et comment l'intervention avait affecté leur capacité à accomplir d'autres activités de la vie quotidienne	Les participants avaient un vécu positif des deux interventions et ils étaient plus favorables à des interventions actives qu'à des traitements passifs. La réduction du temps de travail pouvait être décrite comme une stratégie proactive visant à équilibrer les exigences du travail et de la vie quotidienne dans une situation stressante. Les interventions avaient permis aux participants de se détacher émotionnellement des problématiques au travail et lors des activités quotidiennes	Biais de généralisation (petite taille de l'échantillon) ; Biais de mesure (subjectivité) ; Biais de confusion (pas de données sur la comorbidité)	Très bas : 1+
Sallis A. et al. / 2014 / Royaume-Uni	Qualitative	N = 7 (♀ = 2; ♂ = 5) / Issue d'organisations du secteur public / Age : entre 30 et 60 ans	Médiateurs susceptibles d'influencer la prise en charge des arrêts maladie liés à la dépression	Dépression	Genre ; Age	Analyse phénoménologique interprétative avec des entretiens individuels semi-structurés : questions sur l'interaction entre la dépression et le travail, les croyances sur la maladie et le contexte organisationnel vis-à-vis de la dépression	5 perceptions clés au sujet de leur dépression et de leur travail pouvant avoir une influence sur les arrêts maladie : un faible contrôle de leur environnement de travail, un manque de soutien de la part des hiérarchies, une diminution de la capacité à travailler, la nécessité de traiter les symptômes dépressifs, et la prise de conscience de leur dépression	Biais de généralisation (petite taille de l'échantillon) ; Biais de mesure (subjectivité) ; Biais de confusion (pas de données sur la comorbidité psychiatrique)	Très bas : 1+

c.4.2. Analyse des études prospectives

Interventions utilisant des techniques de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) axées sur le travail :

- Une étude observationnelle prospective examinait l'efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale de groupe, axée sur le travail pour les travailleurs japonais en arrêt maladie pour cause de dépression. Les résultats montraient une amélioration significative de tous les scores d'échelles après l'intervention (sur la dépression et l'anxiété (« Kessler-6 ») ($t=5,81$ $p<0,01$ $d=1,12$ (IC 95% 0,46-1,77)), l'adaptation sociale (Social « Adaptation Self-evaluation Scale » (SASS)) ($t=-4,31$ $p<0,01$ $d=-0,77$ (IC 95% -1,40- -0,14)) et les difficultés rencontrées au retour au travail (« Difficulty in Returning to Work Inventory » (DRW)) ($t=3,50$ $p<0,01$ $d=0,69$ (IC 95% 0,06-1,31)). Seule l'évaluation du retour au travail liée à la forme physique n'était pas significative (94).
- Un essai contrôlé randomisé s'intéressait également à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). L'intervention consistait en six séances d'une heure de thérapie cognitivo-comportementale individuelle axée sur le travail et menée par un psychologue pendant 16 semaines. Il y avait 2 groupes contrôles. Les résultats montraient que le groupe d'intervention avait présenté un retour au travail significativement plus rapide à 44 semaines de suivi (HR 1,57 (IC 95% 1,01-2,44)) comparativement au groupe témoin (90).

Interventions visant à renforcer le suivi individuel et l'autonomisation de l'employé, et à lui apporter une aide dans la relation avec son employeur :

- Une étude montrait que la combinaison d'une thérapie d'acceptation et de responsabilisation vis-à-vis de l'EDC et d'une intervention visant à favoriser le dialogue dans l'entreprise générait plus d'arrêts maladie qu'un traitement habituel (91).
- Un essai suédois évaluait une intervention visant à renforcer l'accompagnement individuel durant l'arrêt maladie pour EDC avec un plan de soin individuel et un suivi téléphonique régulier par une infirmière. A 3 mois de l'intervention, il

permettait de diminuer les symptômes de dépression (MADRS-S était inférieur de 2,17 dans l'intervention par rapport au groupe témoin (IC 95 % 0,56-3,79, $p = 0,009$)), augmentait la qualité de vie et améliorait le retour au travail (62,5% dans l'intervention contre 42,9% dans le groupe témoin) (87).

- Un essai évaluant le soutien individuel avec des stratégies cognitives et motivationnelles liées au processus de retour au travail ainsi qu'une aide organisationnelle, « Individual Enabling and Support » (IES), retrouvait une augmentation de l'autonomisation perçue ($p=0,006$; $Z=-2,757$; $r=0,339$) et une amélioration des scores de dépression ($p=0,011$; $Z=-2,543$; $r=0,313$) à 6 mois de l'intervention (97).
- Une autre intervention, « Individual Placement and Support modified for people with Mood and Anxiety disorders » (IPS-MA), associait un soutien individuel par un conseiller et une aide à l'orientation professionnelle. Après 24 mois, 44,4 % des participants recevant l'IPS-MA étaient retournés au travail ou en formation, comparativement à 37,8 % dans le groupe contrôle (OR 1,34 (IC 95% 0,86-2,10), $p=0,20$; résultat non significatif) (93).
- Lors d'un essai contrôlé randomisé évaluant une prise en charge individuelle, une intervention visait à valider une échelle d'apathie « the Diagnostic Apathia Scale » (construite à partir d'échelles de dépression et d'anxiété (MINI, HAM-A et HAM-D)) comme prédictive de la capacité au retour au travail un an après une hospitalisation en psychiatrie. Elle retrouvait que 76 % des patients atteints d'apathie n'étaient pas en mesure de retourner au travail contre 50 % des patients sans symptôme d'apathie ($p<0,05$) (92).
- L'étude mixte cherchait par son intervention à évaluer l'efficacité du « cognitive work hardening », travail cognitif de renforcement qui est une intervention professionnelle utilisant le travail comme modalité de traitement pour relever les défis professionnels auxquels font face les personnes qui retournent au travail après une dépression. A 3 mois de suivi, l'étude montrait une amélioration significative de la capacité de travail (prétest = 22,71 (6,51) ; post test = 28,02 (8,11) ; $M (SD) = 5,31 (5,20)$; $t = 4,677$; $p<0,001$; IC 95% 2,94-7,68 ; Cohen's $d = 1,02$), de la fatigue (prétest = 34,06 (6,89) ; post test 30,68 (8,38) ; $M (SD) = 3,39 (6,34)$; $t = 2,431$; $p=0,025$; IC 95% 0,48-6,29 ; Cohen's $d = 0,53$) et de la sévérité

de la dépression (prétest = 25,67 (12,05) ; post test = 14,67 (10,46) ; M (SD) = 11,00 (10,07) ; t= 5,006 ; p<0,001 ; IC 95% 6,42-15,58] ; Cohen's d = 1,09). La partie qualitative de l'étude consistait en un auto-questionnaire à 3 mois de l'intervention pour demander un retour d'expérience aux participants. Ces derniers avaient identifié la structure, les simulations de travail, le réalisme de l'environnement de travail simulé, le soutien et l'éducation comme éléments clés de l'intervention (103).

Interventions basées sur un suivi, un soutien et un renforcement cognitif par internet :

- Un essai recherchait l'effet d'une intervention post soins hospitaliers basée sur une formation professionnelle manuelle et éducative. Le groupe intervention bénéficiait d'un suivi de cette formation par internet contrairement au groupe contrôle qui n'en bénéficiait pas. A six mois de suivi, les résultats montraient significativement que les participants du groupe intervention se projetaient davantage dans la reprise d'une activité professionnelle rémunérée que les participants du groupe contrôle (104).
- Une autre étude évaluait une intervention sur le web de 12 semaines, comprenant des séances interactives structurées et le soutien d'un thérapeute sur demande. Après les 12 semaines, cette étude montrait une différence de taille d'effet modéré et significatif entre les groupes d'intervention et témoin en faveur du groupe d'intervention concernant les symptômes dépressifs (PHQ-9 (d=0,55 (IC 95% 0,25-0,85), p<0,001 et BDI-II (d=0,41 (IC 95% 0,11-0,70), p=0,004). Dans les deux groupes, on a observé une réduction de la fréquence des absences au travail (groupe intervention : -67,23 %, p<0,001, groupe contrôle : -82,61 %, p<0,001) (86).
- Une étude évaluant l'efficacité d'un module de e-santé de retour au travail après EDC associé à une aide décisionnelle par courriel pour le médecin du travail, retrouvait que la durée avant le premier retour au travail différait de façon significative entre les groupes. La durée médiane était de 77,0 (IQR 29,0-152,3) jours dans le groupe contrôle et de 50,0 (IQR 20,8-99,0) jours dans le groupe intervention (HR 1,390 (IC 95% 1,034-1,870), p=0,03) (102).

Intervention évaluant une prise en charge spécifique pour le médecin du travail :

- Une intervention hollandaise était dirigée vers les médecins du travail et consistait en un suivi plus renforcé des salariés en arrêt pour EDC (consultation toutes les 3 semaines pendant 3 mois puis toutes les 6 semaines). Le médecin du travail évaluait le processus de rétablissement et de retour au travail du travailleur en surveillant et en améliorant sa capacité de résolution de problèmes selon le modèle en trois phases de Meichenbaum (122). Si le processus de rétablissement stagnait, le médecin utilisait des techniques cognitivo-comportementales pour améliorer la capacité du travailleur à résoudre ses problèmes. Il restait en contact avec le superviseur ou l'employeur une fois par mois. Le délai médian de retour au travail à temps complet était de 154 jours parmi les travailleurs, mais il n'y a pas eu de différences pour le retour au travail à temps complet entre le groupe d'intervention et le groupe témoin HR 0,96 (IC 95 % 0,81-1,15), ni pour le premier retour au travail HR 0,96 (IC à 95 % : 0,80-1,15) (101).

c.4.3. Analyse des études qualitatives

Etudes qualitatives interrogeant les participants à des essais contrôlés randomisés :

- Une étude s'intéressait à la population incluse dans l'essai visant à évaluer l'intervention IES (97). Cette étude posait des questions ouvertes liées au travail et à l'environnement social (cadre familial, entourage professionnel et de soins). Elle étudiait aussi les questions concernant les différents organismes d'aide sociale impliqués, pour identifier des facteurs influant le processus du retour au travail après une dépression. Les participants identifiaient comme facteurs influant le retour au travail, l'expérimentation de l'espoir et du pouvoir, les attitudes, croyances et comportements positifs des professionnels et l'adoption d'une prise en charge globale avec l'implication des professionnels de la santé et de l'entourage professionnel (98).
- Une étude questionnait des personnes dépressives ayant participé à un essai clinique randomisé visant à faciliter le retour au travail et améliorer la qualité de vie. Les interventions étaient une méthode basée sur les problèmes et une thérapie cognitivo-comportementale avec des traitements habituels comme témoin. Les participants étaient questionnés sur leur vécu des interventions et comment les interventions avaient affecté leur capacité de travail et les activités de leur vie quotidienne. Au final, ils avaient un vécu positif des deux interventions et ils étaient plus favorables à des interventions actives qu'à des traitements passifs. Néanmoins, réduire le temps de travail pouvait être décrit comme une stratégie proactive visant à équilibrer les exigences du travail et de la vie quotidienne dans une situation stressante. Les interventions avaient permis aux participants de se détacher émotionnellement des problématiques au travail et lors des activités quotidiennes (105).

Etudes qualitatives interrogeant des employés :

- Une étude questionnait des employés de trois municipalités danoises arrêtés pour EDC. Elle cherchait à identifier les obstacles et les facilitateurs pour la mise en œuvre d'une intervention coordonnée et adaptée en matière de retour au

travail. Les participants avaient identifié comme obstacles le manque de compétences pour évaluer les problèmes de santé mentale, les différentes interprétations de la législation sur les arrêts maladie, les solutions alternatives en matière de réadaptation et le manque de soutien des employeurs à l'intervention. Un facilitateur important était la motivation et la disponibilité des ressources pour résoudre les désaccords, grâce à une communication étendue dans l'entreprise (96).

- Une autre étude questionnait des travailleurs du secteur public du Royaume-Uni en arrêt pour EDC pour recueillir leur perception sur l'expérience, l'impact et la prise en charge de la dépression en rapport avec le travail, l'arrêt maladie lié à la dépression et le retour au travail ainsi qu'une réflexion sur la façon dont l'arrêt maladie lié à la dépression aurait pu être évité. Les participants identifiaient 5 perceptions clés au sujet de leur dépression et de leur travail pouvant influencer les arrêts maladie : un faible contrôle de leur environnement de travail, un manque de soutien de la part des hiérarchies, une diminution de la capacité à travailler, la nécessité de traiter les symptômes dépressifs, et la prise de conscience de leur dépression (100).

Etudes qualitatives interrogeant des employeurs ou des managers :

- Une étude questionnait des employeurs et des représentants des ressources humaines canadiens sur les stratégies les plus efficaces pour aider un employé dépressif à retourner au travail. Les participants décrivaient 6 principes qui, selon eux, favoriseraient le retour au travail : 1. Contacts avec l'employé pendant la période d'absence pour maladie 2. Évaluation et planification du retour au travail sans précipitation 3. Formation des gestionnaires et du collectif de travail à la problématique santé mentale au travail 4. Concertation des acteurs clés du retour au travail 5. Retour au travail progressif avec aménagements 6. Suivi de la santé de l'employé et de son travail (88).
- Une autre étude consistait à valider une échelle permettant de mesurer l'attitude et la stigmatisation affective, cognitive et comportementale que peut avoir un manager à l'égard d'un salarié ayant un EDC. Elle retrouvait que l'attitude de stigmatisation de la dépression par les managers était un facteur susceptible de

freiner le succès des interventions axées sur la santé mentale en milieu de travail (95).

Etude qualitative interrogeant des acteurs syndicaux :

- Une étude canadienne questionnait des acteurs syndicaux sur leur rôle dans le processus de retour au travail d'employés ayant vécu une dépression et leur vision quant aux facteurs facilitant et gênant le retour au travail d'une personne ayant vécu une dépression. Les participants estimaient que leur rôle était de détecter et d'intervenir auprès de leurs collègues dès les premiers symptômes de l'EDC, de s'impliquer dans les démarches médicales et d'apporter un soutien psychologique avant et pendant l'absence. Pendant l'absence, ils estimaient également pouvoir être utiles en maintenant le contact avec l'employé, en le soutenant émotionnellement, dans ses démarches administratives et en restant en contact avec les médecins. Pour le retour au travail, ils décrivaient que leur rôle était de rencontrer préalablement l'employé, de participer aux négociations de suivi des mesures d'accompagnement, d'intervenir auprès des collègues de l'employé, de travailler à réduire les éléments organisationnels qui ont pu contribuer à la dépression et d'offrir du soutien à l'employé. Parmi les facteurs relatifs au milieu de travail, ils décrivaient comme facilitateur une culture organisation centrée sur l'ouverture, la souplesse et l'empathie, un milieu sensibilisé à la thématique 'santé mentale et travail' et une bonne concertation entre syndicat et employeur. En ce qui concernait les obstacles, on observait un manque d'empathie, un mauvais climat de travail et l'existence de préjugés sur la dépression. Parmi les facteurs relatifs aux éléments organisationnels procéduraux, les facilitateurs étaient la rencontre préparatoire, le retour progressif, l'accueil, l'intervention sur les causes de l'absence, la baisse des attentes de performance, le suivi, le maintien du contact et l'aménagement des horaires de travail, tandis que les obstacles étaient l'absence d'accueil et de préparation du retour, le maintien des causes de l'absence, l'attente de performances élevées au retour, le non-respect des mesures d'accommodement, un manque de suivi et la contestation du diagnostic. Parmi les facteurs relatifs aux collègues de travail, les facilitateurs étaient le soutien, la solidarité et la

préparation des collègues tandis que les obstacles identifiés étaient le malaise face à la dépression, le voyeurisme, les préjugés sur la pathologie, la surcharge de travail des collègues et une réputation entachée de l'employé auprès du collectif. Parmi les facteurs relatifs à l'employé ayant vécu une dépression, seuls des obstacles étaient décrits comme sa peur de divulguer la raison de son absence, son déni de la pathologie, sa honte, sa crainte, des mauvaises conditions de départ lors de son arrêt et des attentes de performance de la hiérarchie trop importantes. Parmi les facteurs relatifs aux acteurs syndicaux, les facilitateurs étaient la présence d'un réseau de pairs aidants, le respect de la confidentialité et l'accompagnement offerts par les acteurs syndicaux, tandis que les obstacles identifiés étaient une confidentialité des dossiers médicaux qui tiendrait à l'écart les acteurs syndicaux, un manque de ressources (effectif, formation), des restrictions dans la convention collective, un manque de pouvoir d'action et un manque de suivi. Enfin, parmi les facteurs relatifs aux médecins et aux services médicaux, les facilitateurs étaient un suivi médical approprié et une bonne collaboration entre le médecin et l'employeur, tandis que les obstacles identifiés étaient l'absence de consultations médicales spécialisées en santé mentale, le manque de disponibilité des services médicaux et une erreur dans le diagnostic de dépression (89).

Etude qualitative interrogeant des ergothérapeutes :

- Une étude questionnait des ergothérapeutes sud-africains sur leur expérience dans la formulation d'une décision concernant le retour au travail des employés atteints d'un EDC avec des questions ouvertes sur la capacité de travail, la simulation de symptômes, les troubles de la personnalité de l'employé, la pratique des ergothérapeutes et les étapes de la prise en charge pour que l'employé puisse retrouver sa capacité de travail. Les participants trouvaient sept thèmes pouvant influencer une décision concernant le retour au travail : 1. le profil biographique de l'employé, 2. le point de vue de l'employeur, 3. le point de vue de l'employé, 4. le point de vue de l'ergothérapeute, 5. employé en incapacité temporaire, 6. employé en incapacité permanente et 7. le degré de motivation de l'employé (99).

c.5. Schémas récapitulatifs des résultats de la revue

Facteurs professionnels faisant obstacle au retour au travail :

- Faible niveau d'étude
- Faible rémunération
- Faible ancienneté
- Contrat précaire (CDD, intérim)
- Col bleu
- Faible capacité de travail
- Comportement / attitude passive du salarié
- Forte exigence organisationnelle
- Association EDC / TMS
- Premier arrêt long

Facteurs professionnels favorisant le retour au travail :

- Niveau de scolarité élevé
- Rémunération élevée
- Contrat stable (CDI)
- Col blanc
- Temps partiel

Facteurs non professionnels :

- Obstacles
 - Age avancé
 - EDC sévère
 - Comorbidités
- Facilitateur
 - Jeune âge



Schéma 3. Résultats concernant les facteurs pronostiques professionnels du retour au travail après un EDC

Interventions favorisant le retour au travail :

- TCC individuel ou de groupe

Interventions retrouvant des résultats contrastés sur le retour au travail :

- Soutien individualisé (renforcement de l'autonomie, cognitif, soutien motivationnel et aides organisationnelles)
- Basées sur un suivi ou un soutien en ligne
- Guide de prise en charge spécifique pour le médecin du travail

Etudes qualitatives (vision des employés, employeurs, représentants syndicaux et ergothérapeutes) :

- Facilitateurs
 - Collectif et hiérarchie empathiques, soutenant et non stigmatisant
 - Organisation et programme d'accompagnement au retour
 - Employé conscient de sa pathologie et motivé à reprendre
 - Intervention active
 - Concertation de tous les acteurs
- Obstacles
 - Employé passif, dans le déni, honteux
 - Climat de travail détérioré
 - Idées reçues
 - Pas d'anticipation du retour au travail
 - Pas de concertation des acteurs



Schéma 4. Résultats concernant les interventions axées sur le travail et influant sur le retour au travail après un EDC

D. Discussion

d.1. Synthèse

Cette revue de la littérature a permis d'extraire les résultats d'études récentes à propos des facteurs professionnels pronostiquant le retour au travail. Les résultats concernant les contraintes socio-professionnelles permettent de souligner qu'un âge élevé, un faible niveau d'étude, un faible niveau de rémunération, avoir un contrat à durée déterminée et être un col bleu, étaient des facteurs allongeant la durée du retour au travail après un arrêt pour EDC. Inversement, être jeune, avoir un niveau de scolarité élevé, avoir des revenus élevés, avoir un contrat à durée indéterminée et être un col blanc étaient des facteurs facilitateurs du retour au travail. Les résultats concernant les contraintes psychologiques retrouvaient qu'une faible capacité de travail était un obstacle au retour au travail. De plus, les salariés au comportement passif étaient davantage limités dans leur rétablissement. L'augmentation de l'exigence organisationnelle au poste était retrouvée comme facteur de risque d'absences récurrentes. Les résultats concernant les contraintes organisationnelles montraient que les employés à temps partiel avaient une durée de retour au travail plus courte et qu'ils avaient une moindre perte de productivité liée à la dépression par rapport aux salariés à temps plein. Les résultats sur les contraintes physiques étaient contrastés mais l'association des TMS à l'EDC retarderait le retour au travail. D'autres résultats retrouvaient que l'augmentation de la sévérité de la dépression était liée de façon linéaire à une augmentation de la durée des arrêts maladie et à une perte de la productivité. Les comorbidités psychiatriques ou somatiques étaient également des facteurs retardant le retour au travail. Les employés avec une faible ancienneté avaient également un taux d'absence plus élevé. Il était également établi que l'augmentation de la durée d'un premier arrêt pour dépression, induisait une augmentation de la durée du deuxième arrêt en cas de rechute.

Cette revue présente également les résultats des études récentes s'intéressant aux interventions axées sur le travail qui influencent le retour au travail après une dépression. Parmi les études prospectives, les interventions de TCC individuelles et de groupe

permettaient un retour au travail plus rapide que le traitement habituel. Les interventions de soutien individualisé, qui utilisaient entre autre le renforcement de l'autonomie, le renforcement cognitif, le soutien motivationnel et des aides organisationnelles, avaient des résultats plus contrastés. Une étude retrouvait un allongement de la durée avant le retour au travail suite à l'intervention, mais d'autres études employant des méthodologies d'interventions proches, retrouvaient une diminution des symptômes dépressifs et de la fatigue, une amélioration de la qualité de vie, une amélioration de la capacité à travailler et un raccourcissement de la durée avant le retour au travail. Les interventions basées sur un suivi ou un soutien en ligne avaient également des résultats contrastés. Une étude ne retrouvait pas de différence entre le retour au travail du groupe intervention et le groupe contrôle. Mais d'autres études retrouvaient, avec des interventions sur internet, un retour au travail plus rapide ou une amélioration de l'auto-évaluation subjective du pronostic de retour à un emploi par les personnes suivant l'intervention. Une intervention proposant un guide de prise en charge spécifique au médecin du travail pour les salariés en arrêt pour EDC dont ils ont la charge, ne montrait pas de différence de retour au travail avec le groupe contrôle. Une étude montrait que les employés apathiques avaient plus de difficulté à retourner au travail.

Les études qualitatives incluaient des participants de divers horizons (employés, employeurs, acteurs syndicaux et ergothérapeutes). Toutefois, ils partageaient l'idée que le retour au travail serait facilité par une hiérarchie et un collectif empathiques, soutenant et non stigmatisants. Une organisation et un programme d'accompagnement au retour au travail étaient également décrits comme des facteurs importants. La conscience de sa pathologie par l'employé ainsi que sa motivation à reprendre le travail paraissait être des éléments importants au bon déroulé du retour au travail. Il était également préférable de favoriser des interventions actives à des traitements passifs. Enfin une bonne concertation de tous les acteurs était recommandée.

d.2. Forces et Limites

Une des forces de cette revue est qu'elle comble un manque de la littérature en résumant les connaissances sur les facteurs professionnels qui pronostiquent le retour au travail après un EDC, ainsi que les interventions axées sur le travail pouvant faciliter ce retour. En s'appuyant sur deux méta-analyses (42,58), cette revue permet d'actualiser les connaissances sur ces sujets.

Cette revue systématique de la littérature utilise la méthodologie PRISMA avec une évaluation de la qualité des articles inclus. Cela permet de limiter les biais.

Au niveau des articles inclus, il y a globalement une concordance des résultats. En effet, seules une intervention en ligne (86) et une intervention de suivi individuel (91) trouvaient des résultats contradictoires aux autres études s'intéressant respectivement aux mêmes types d'intervention.

Cette revue présente néanmoins des limites. Au niveau des articles inclus, on retrouve des biais. Les biais de confusion sont des biais fréquemment retrouvés car plusieurs études ne prennent pas en compte suffisamment de facteurs de confusion (notamment les comorbidités psychiatriques et somatiques). Des biais de généralisation sont également fréquents, dus au faible nombre de participants dans certaines études et aux différences qui existent entre les systèmes de santé au travail des différents pays. Des biais de sélection, d'attrition, d'information et de mesure pouvaient également être retrouvés.

Au niveau de la revue, un des biais se porte sur la méthodologie de recherche. En effet, il avait été décidé d'exécuter la recherche uniquement sur la base de données MEDLINE. Cette dernière est actuellement la plus grande source de données biomédicales mais elle n'est pas exhaustive. Des recherches sur d'autres bases de données avec les mêmes Mesh terms auraient pu diminuer le risque de biais de sélection.

Un second biais est dû à l'hétérogénéité des études. En effet, la définition des événements observés et des variables était différente d'une étude à l'autre. Cela entraîne un biais pour généraliser les résultats des différentes études.

Un troisième biais observé, est le fait qu'aucune étude française n'a pu répondre aux critères d'inclusion de notre revue. La raison à cela est qu'il n'y a pas eu d'études françaises

traitant sur le sujet depuis 2014 ou qu'elles ont été publiées sur d'autres bases de données. Cela provoque un biais de généralisation car le modèle de santé au travail français est différent des autres modèles internationaux.

Un quatrième biais est dû au fait que cette revue met majoritairement en avant les résultats significatifs concernant les objectifs de l'étude. Certains résultats non significatifs ou ne correspondant pas aux objectifs de la revue ont donc pu être écartés et provoquer un biais de publication.

d.3. Perspectives pour le médecin du travail

Un salarié en arrêt de travail pour EDC est un cas complexe pour le médecin du travail. En effet, l'EDC est une pathologie mentale multifactorielle pouvant avoir un retentissement plus ou moins important selon l'individu. Dans ce contexte, le retour au travail est difficile à appréhender.

Cette revue met en évidence les facteurs reconnus dans la littérature comme étant facilitant ou faisant obstacle au retour au travail d'un salarié arrêté pour EDC. Les résultats de cette revue peuvent donc aider les médecins du travail à évaluer les difficultés pouvant se poser lors du retour au travail d'un salarié. Le retour au travail sera plus difficile si le salarié a un EDC sévère avec plusieurs comorbidités, qu'il a un âge avancé, un faible niveau d'étude, une rémunération basse, une faible ancienneté dans l'entreprise, qu'il a un contrat à durée déterminée et qu'il est col bleu. Un salarié avec une faible capacité de travail et un comportement passif dû à l'anhédonie aura également plus de difficulté à retourner au travail. Enfin, un contexte d'exigence organisationnelle au poste de travail sera un obstacle au retour au travail sur le long terme. Au contraire, un salarié jeune, col blanc, avec un niveau d'étude et des revenus élevés aura moins de difficulté à revenir au travail. Un salarié avec un contrat à durée indéterminée et en temps partiel aura également plus de facilité à revenir au travail. Il est donc important que le médecin du travail prenne en compte tous ces facteurs dans la prise en charge d'un salarié en arrêt pour EDC.

Cette revue met également en évidence quelques interventions pouvant aider le médecin du travail à orienter les salariés en arrêt. D'après les essais cliniques, les thérapies cognitivo-comportementales individuelles ou de groupe permettent de favoriser le retour au travail. Des interventions de soutien individualisé ou des interventions basées sur un suivi par internet pourraient également être mises en place pour favoriser le retour au travail, après évaluation de la faisabilité.

Pour le médecin du travail il est donc conseillé d'avoir une prise en charge précoce. Pour cela, il est important d'informer, en prévention primaire, les salariés et les employeurs sur la dépression et ses retentissements sur la vie personnelle et professionnelle. Il faudrait également insister sur l'intérêt de faire une visite de pré-reprise dès que possible.

Lors de la visite, il est conseillé au médecin d'être à l'écoute et d'avoir une attitude empathique. Il est également utile de faire une évaluation clinique de la sévérité de la dépression, de se renseigner sur sa prise en charge et d'identifier les facteurs professionnels pouvant influencer le retour au travail. Il est possible de demander une étude du poste de travail pour avoir une évaluation plus complète de l'environnement de travail.

Durant la prise en charge de la dépression, il est souhaitable de rester en contact avec le médecin traitant et le psychiatre. Une prise en charge spécialisée sera toujours conseillée. L'association d'une thérapie médicamenteuse à une psychothérapie (TCC et/ou de soutien) semble plus efficace que l'utilisation d'une thérapie médicamenteuse isolée.

Au niveau collectif, le médecin du travail a un rôle central pour coordonner les acteurs du retour au travail. Il semble important de mobiliser le salarié pour qu'il ait un rôle actif dans le processus de son retour au travail. Il semble également important de rester en contact avec l'employeur pour l'informer des aménagements pouvant être mis en place sur le poste de travail. Ces aménagements peuvent viser à diminuer temporairement le temps de travail ainsi que la charge de travail avec reprise progressive d'une activité normale.

Au niveau individuel, le médecin du travail peut orienter le salarié vers un psychologue du travail pour identifier et travailler sur les représentations et difficultés qu'il a pu avoir dans son environnement professionnel. Il est conseillé de proposer une reprise à temps partiel thérapeutique dès que possible et d'accompagner le salarié dans son retour au travail.

En cas d'échec du retour au travail, l'HAS a publié en février 2019, des recommandations pour la pratique clinique sur la prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs. Les points forts des recommandations étaient les suivants :

- Le maintien en emploi doit s'envisager tout au long du parcours professionnel, pas seulement lorsque le salarié est en arrêt.
- Le repérage des situations à risque de désinsertion (altération de l'état de santé...) doit s'effectuer en amont de tout arrêt de travail.
- La visite de pré-reprise est un élément clé du maintien en emploi.
- La coordination des acteurs est indispensable.
- Un plan de retour au travail ou de maintien en emploi doit être élaboré avec le travailleur et les autres acteurs concernés (employeur, professionnels de santé...)
- Il faut adopter une stratégie progressive : favoriser le maintien au poste par des aménagements et à défaut, envisager un reclassement dans l'entreprise ou une reconversion dans une autre entreprise.
- Le maintien en emploi comprend des mesures individuelles ainsi que des mesures concernant l'environnement de travail.
- Il doit être adapté en fonction des freins et des leviers de chaque situation (123).

IV. Conclusion

Cette revue met en évidence plusieurs facteurs professionnels influençant le retour au travail après une dépression. Elle permet de répertorier certaines interventions utilisées dans différents pays pour favoriser ce retour au travail.

Malgré tout, nous avons été interpellés par le nombre d'études restreint et leur faible niveau de preuve. L'EDC représente au niveau mondial un coût humain et financier extrêmement élevé. C'est un véritable problème de santé publique qui a un impact majeur sur la vie professionnelle et sur le fonctionnement des entreprises.

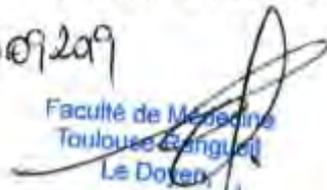
Dans le processus du retour au travail après dépression, les acteurs sont multiples et dans ce contexte, le médecin du travail doit jouer un rôle central afin d'aider les salariés et les employeurs en mobilisant l'ensemble des ressources humaines. Pour l'aider dans cette mission, il devrait pouvoir s'appuyer sur une base de données plus étayée.

Or en France, peu de données récentes sur ces sujets ont été retrouvées dans la littérature. Une étude visant à suivre les parcours de soins et de réhabilitation professionnelle des salariés arrêtés pour EDC pourrait donc être mise en place.

Elle pourrait s'organiser autour de consultations dans les services de pathologies professionnelles, en incluant des patients de services de psychiatrie ou d'ambulatoire, arrêtés pour EDC. Un suivi pourrait être réalisé à 3 et 6 mois pour évaluer le retour au travail et les facteurs professionnels ayant facilité ou fait obstacle à ce retour. Les données recueillies pourraient permettre aux médecins du travail de proposer des interventions d'accompagnement et de suivi plus efficaces en milieu professionnel. L'élaboration de recommandations fiables pourrait motiver les employeurs à devenir de réels acteurs dans le processus du retour au travail de leurs salariés en arrêt pour un EDC.

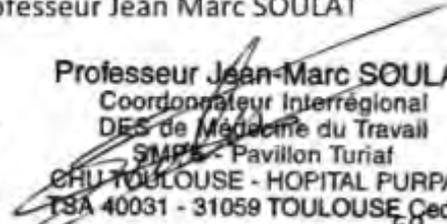
SIGNATURES

Monsieur le Doyen
Professeur Elie SERRANO

06/07/2019

Faculté de Médecine
Toulouse Rangueil
Le Doyen,
E. SERRANO

Monsieur le président du jury
Professeur Jean Marc SOULAT

Madame la Directrice de Thèse
Docteur Yolande ESQUIROL
Docteur Y. ESQUIROL
MCU-PH
Service des Maladies Professionnelles
et Environnementales
CHU PURPAN


Professeur Jean-Marc SOULAT
Coordonnateur interrégional
DES de Médecine du Travail
SMPS - Pavillon Turiaf
CHU TOULOUSE - HOPITAL PURPAN
TSA 40031 - 31059 TOULOUSE Cedex
69

V. Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. 2017;45.
2. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2016.
3. Définition de la dépression [Internet]. 2019 [cité 3 août 2019]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. juin 2005;62(6):593-602.
5. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *L'Encéphale*. avr 2005;31(2):182-94.
6. La santé de l'homme - n° 421 - Septembre-Octobre 2.pdf [Internet]. [cité 16 avr 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/SH-depression.pdf>
7. Baromètre santé 2017 [Internet]. [cité 5 août 2019]. Disponible sur: </etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2017>
8. Kessler RC, Zhao S, Blazer DG, Swartz M. Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *J Affect Disord*. août 1997;45(1-2):19-30.
9. Holma KM, Holma IAK, Melartin TK, Rytsälä HJ, Isometsä ET. Long-term outcome of major depressive disorder in psychiatric patients is variable. *J Clin Psychiatry*. févr 2008;69(2):196-205.
10. Eaton WW, Shao H, Nestadt G, Lee HB, Lee BH, Bienvenu OJ, et al. Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. mai 2008;65(5):513-20.
11. IsHak WW, Mirocha J, James D, Tobia G, Vilhauer J, Fakhry H, et al. Quality of life in major depressive disorder before/after multiple steps of treatment and one-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. janv 2015;131(1):51-60.
12. Wang PS, Simon G, Kessler RC. The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12(1):22-33.
13. La dépression en Europe : faits et chiffres [Internet]. 2019 [cité 26 août 2019]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-in-europe-facts-and-figures>
14. Principaux repères sur la dépression [Internet]. [cité 26 août 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>

15. Sartorius N. The economic and social burden of depression. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 15:8-11.
16. Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y, Mischoulon D, Nierenberg AA, Fava M. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry*. févr 2004;26(1):13-7.
17. Judd LL, Akiskal HS, Zeller PJ, Paulus M, Leon AC, Maser JD, et al. Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. avr 2000;57(4):375-80.
18. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA*. 21 nov 1990;264(19):2524-8.
19. Whooley MA, Kiefe CI, Chesney MA, Markovitz JH, Matthews K, Hulley SB, et al. Depressive symptoms, unemployment, and loss of income: The CARDIA Study. *Arch Intern Med*. 9 déc 2002;162(22):2614-20.
20. Kessler RC, Akiskal HS, Ames M, Birnbaum H, Greenberg P, Hirschfeld RMA, et al. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *Am J Psychiatry*. sept 2006;163(9):1561-8.
21. Consoli SM, Depression and Organic Diseases Study. [Depression and associated organic pathologies, a still under-estimated comorbidity. Results of the DIALOGUE study]. *Presse Médicale Paris Fr* 1983. 11 janv 2003;32(1):10-21.
22. Organization WH. CIM-10/ICD-10 : Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V(F), Troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 1994 [cité 3 août 2019]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43316>
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. Fifth Edition. American Psychiatric Association; 2013 [cité 22 mars 2018]. Disponible sur: <http://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
24. Dépression [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 19 août 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression>
25. Miller AH, Maletic V, Raison CL. Inflammation and its discontents: the role of cytokines in the pathophysiology of major depression. *Biol Psychiatry*. 1 mai 2009;65(9):732-41.
26. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. févr 1960;23:56-62.
27. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. avr 1979;134:382-9.
28. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. juin 1961;4:561-71.
29. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. sept 2001;16(9):606-13.
30. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *J Psychosom Res*. 1 févr 2002;52(2):69-77.

31. D'Ath P, Katona P, Mullan E, Evans S, Katona C. Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: The acceptability and performance of the 15 item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions. *Fam Pract.* sept 1994;11(3):260-6.
32. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.
33. Rush AJ, Gullion CM, Basco MR, Jarrett RB, Trivedi MH. The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): psychometric properties. *Psychol Med.* mai 1996;26(3):477-86.
34. Bonde JPE. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med.* juill 2008;65(7):438-45.
35. L'organisation du travail à l'épreuve des risques psychosociaux - Ministère du Travail [Internet]. [cité 20 août 2019]. Disponible sur: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-daes-indicateurs-daes-resultats/article/l-organisation-du-travail-a-l-epreuve-des-risques-psychosociaux>
36. Niedhammer I, Lesuffleur T, Coutrot T, Chastang J-F. Contribution of working conditions to occupational inequalities in depressive symptoms: results from the national French SUMER survey. *Int Arch Occup Environ Health.* août 2016;89(6):1025-37.
37. Dépression: parlons-en [Internet]. [cité 9 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/detail/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>
38. Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E ; le groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Epidémiol Hebd.* 2018;(32-33):637-44.
39. Consoli SM, Depression and Organic Diseases Study. [Depression and associated organic pathologies, a still under-estimated comorbidity. Results of the DIALOGUE study]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 11 janv 2003;32(1):10-21.
40. Kessler RC, Akiskal HS, Ames M, Birnbaum H, Greenberg P, Hirschfeld RMA, et al. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *Am J Psychiatry.* sept 2006;163(9):1561-8.
41. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA.* 21 nov 1990;264(19):2524-8.
42. Ervasti J, Joensuu M, Pentti J, Oksanen T, Ahola K, Vahtera J, et al. Prognostic factors for return to work after depression-related work disability: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* déc 2017;95:28-36.
43. Dewa CS, Hoch JS, Lin E, Paterson M, Goering P. Pattern of antidepressant use and duration of depression-related absence from work. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* déc 2003;183:507-13.
44. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH a. M, de Boer AGEM, Blonk RWB, van Dijk FJH. Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. *Occup Environ Med.* oct 2004;61(10):817-23.
45. Koopmans PC, Roelen C a. M, Groothoff JW. Sickness absence due to depressive symptoms. *Int Arch Occup Environ Health.* mai 2008;81(6):711-9.

46. Kronström K, Karlsson H, Nabi H, Oksanen T, Salo P, Sjösten N, et al. Optimism and pessimism as predictors of work disability with a diagnosis of depression: a prospective cohort study of onset and recovery. *J Affect Disord.* avr 2011;130(1-2):294-9.
47. Høgelund J, Holm A, Eplöv LF. The effect of part-time sick leave for employees with mental disorders. *J Ment Health Policy Econ.* déc 2012;15(4):157-70.
48. Hees HL, Koeter MWJ, Schene AH. Predictors of long-term return to work and symptom remission in sick-listed patients with major depression. *J Clin Psychiatry.* août 2012;73(8):e1048-1055.
49. Nordenskjöld A, von Knorring L, Brus O, Engström I. Predictors of regained occupational functioning after electroconvulsive therapy (ECT) in patients with major depressive disorder--a population based cohort study. *Nord J Psychiatry.* oct 2013;67(5):326-33.
50. Ogawa T, Shigemura J, Yoshino A, Nomura S. Interpersonal sensitivity associated with return to work status following sick leave: a cross-sectional study among Japanese workers with major depressive disorder. *Asian J Psychiatry.* avr 2013;6(2):146-50.
51. Ebrahim S, Guyatt GH, Walter SD, Heels-Ansdell D, Bellman M, Hanna SE, et al. Association of psychotherapy with disability benefit claim closure among patients disabled due to depression. *PloS One.* 2013;8(6):e67162.
52. Vemer P, Bouwmans CA, Zijlstra-Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Hakkaart-van Roijen L. Let's get back to work: survival analysis on the return-to-work after depression. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013;9:1637-45.
53. Lammerts L, Schaafsma FG, Eikelenboom M, Vermeulen SJ, van Mechelen W, Anema JR, et al. Longitudinal Associations Between Biopsychosocial Factors and Sustainable Return to Work of Sick-Listed Workers with a Depressive or Anxiety Disorder. *J Occup Rehabil.* mars 2016;26(1):70-9.
54. Ervasti J, Vahtera J, Pentti J, Oksanen T, Ahola K, Kivimäki M, et al. Depression-related work disability: socioeconomic inequalities in onset, duration and recurrence. *PloS One.* 2013;8(11):e79855.
55. Ervasti J, Vahtera J, Pentti J, Oksanen T, Ahola K, Kivekäs T, et al. Return to work after depression-related absence by employees with and without other health conditions: a cohort study. *Psychosom Med.* mars 2015;77(2):126-35.
56. Ervasti J, Vahtera J, Virtanen P, Pentti J, Oksanen T, Ahola K, et al. Is temporary employment a risk factor for work disability due to depressive disorders and delayed return to work? The Finnish Public Sector Study. *Scand J Work Environ Health.* juill 2014;40(4):343-52.
57. Virtanen M, Kawachi I, Oksanen T, Salo P, Tuisku K, Pulkki-Råback L, et al. Socio-economic differences in long-term psychiatric work disability: prospective cohort study of onset, recovery and recurrence. *Occup Environ Med.* nov 2011;68(11):791-8.
58. Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, et al. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev.* 3 déc 2014;(12):CD006237.
59. Hees HL, de Vries G, Koeter MWJ, Schene AH. Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med.* avr 2013;70(4):252-60.

60. Lerner D, Adler D, Hermann RC, Chang H, Ludman EJ, Greenhill A, et al. Impact of a work-focused intervention on the productivity and symptoms of employees with depression. *J Occup Environ Med.* févr 2012;54(2):128-35.
61. Schene AH, Koeter MWJ, Kikkert MJ, Swinkels JA, McCrone P. Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychol Med.* mars 2007;37(3):351-62.
62. Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Adèr HJ, Anema JR, Hoedeman R, van Mechelen W, et al. Collaborative care for sick-listed workers with major depressive disorder: a randomised controlled trial from the Netherlands Depression Initiative aimed at return to work and depressive symptoms. *Occup Environ Med.* avr 2013;70(4):223-30.
63. Fernandez J-L, Montgomery S, Francois C. Evaluation of the cost effectiveness of escitalopram versus venlafaxine XR in major depressive disorder. *Pharmacoeconomics.* 2005;23(2):155-67.
64. Romeo R, Patel A, Knapp M, Thomas C. The cost-effectiveness of mirtazapine versus paroxetine in treating people with depression in primary care. *Int Clin Psychopharmacol.* mai 2004;19(3):125-34.
65. Wade AG, Fernández J-L, François C, Hansen K, Danchenko N, Despiegel N. Escitalopram and duloxetine in major depressive disorder: a pharmacoeconomic comparison using UK cost data. *Pharmacoeconomics.* 2008;26(11):969-81.
66. Bee PE, Bower P, Gilbody S, Lovell K. Improving health and productivity of depressed workers: a pilot randomized controlled trial of telephone cognitive behavioral therapy delivery in workplace settings. *Gen Hosp Psychiatry.* juin 2010;32(3):337-40.
67. Hollinghurst S, Peters TJ, Kaur S, Wiles N, Lewis G, Kessler D. Cost-effectiveness of therapist-delivered online cognitive-behavioural therapy for depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* oct 2010;197(4):297-304.
68. McCrone P, Knapp M, Proudfoot J, Ryden C, Cavanagh K, Shapiro DA, et al. Cost-effectiveness of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* juill 2004;185:55-62.
69. Schoenbaum M, Unützer J, Sherbourne C, Duan N, Rubenstein LV, Miranda J, et al. Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: results of a randomized controlled trial. *JAMA.* 19 sept 2001;286(11):1325-30.
70. Simon GE, Katon W, Rutter C, VonKorff M, Lin E, Robinson P, et al. Impact of improved depression treatment in primary care on daily functioning and disability. *Psychol Med.* mai 1998;28(3):693-701.
71. Wang PS, Simon GE, Avorn J, Azocar F, Ludman EJ, McCulloch J, et al. Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. *JAMA.* 26 sept 2007;298(12):1401-11.
72. Krogh J, Saltin B, Gluud C, Nordentoft M. The DEMO trial: a randomized, parallel-group, observer-blinded clinical trial of strength versus aerobic versus relaxation training for patients with mild to moderate depression. *J Clin Psychiatry.* juin 2009;70(6):790-800.
73. Krogh J, Videbech P, Thomsen C, Gluud C, Nordentoft M. DEMO-II trial. Aerobic exercise versus stretching exercise in patients with major depression-a randomised clinical trial. *PloS One.* 2012;7(10):e48316.

74. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med.* 21 juill 2009;6(7):e1000097.
75. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. /data/revues/17790123/v15i157/S177901231400432X/ [Internet]. 9 janv 2015 [cité 10 juin 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/949713>
76. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.* 19 juin 2004;328(7454):1490.
77. Beck A, Crain LA, Solberg LI, Unützer J, Maciosek MV, Whitebird RR, et al. The effect of depression treatment on work productivity. *Am J Manag Care.* 1 août 2014;20(8):e294-301.
78. de Vries G, Koeter MWJ, Nieuwenhuijsen K, Hees HL, Schene AH. Predictors of impaired work functioning in employees with major depression in remission. *J Affect Disord.* 1 oct 2015;185:180-7.
79. Endo M, Muto T, Haruyama Y, Yuhara M, Sairenchi T, Kato R. Risk factors of recurrent sickness absence due to depression: a two-year cohort study among Japanese employees. *Int Arch Occup Environ Health.* janv 2015;88(1):75-83.
80. Endo M, Haruyama Y, Mitsui K, Muto G, Nishiura C, Kuwahara K, et al. Durations of first and second periods of depression-induced sick leave among Japanese employees: the Japan sickness absence and return to work (J-SAR) study. *Ind Health.* 5 févr 2019;57(1):22-8.
81. Huijs JJM, Koppes LLJ, Taris TW, Blonk RWB. Work Characteristics and Return to Work in Long-Term Sick-Listed Employees with Depressive Symptoms. *J Occup Rehabil.* déc 2017;27(4):612-22.
82. Lamichhane DK, Heo YS, Kim HC. Depressive symptoms and risk of absence among workers in a manufacturing company: a 12-month follow-up study. *Ind Health.* 1 juin 2018;56(3):187-97.
83. Mattila-Holappa P, Ervasti J, Joensuu M, Ahola K, Pentti J, Oksanen T, et al. Do predictors of return to work and recurrence of work disability due to mental disorders vary by age? A cohort study. *Scand J Public Health.* mars 2017;45(2):178-84.
84. Netterstrøm B, Eller NH, Borritz M. Prognostic Factors of Returning to Work after Sick Leave due to Work-Related Common Mental Disorders: A One- and Three-Year Follow-Up Study. *BioMed Res Int.* 2015;2015:596572.
85. Shin C, Ko Y-H, Yoon S, Jeon SW, Pae C-U, Kim Y-K, et al. Sickness absence indicating depressive symptoms of working population in South Korea. *J Affect Disord.* 2018;227:443-9.
86. Beiwinkel T, Eißing T, Telle N-T, Siegmund-Schultze E, Rössler W. Effectiveness of a Web-Based Intervention in Reducing Depression and Sickness Absence: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res.* 15 2017;19(6):e213.
87. Björkelund C, Svenningsson I, Hange D, Udo C, Petersson E-L, Ariai N, et al. Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Fam Pract.* 09 2018;19(1):28.
88. Corbière M, Lecomte T, Lachance J-P, Coutu M-F, Negrini A, Laberon S. [Return to Work Strategies of Employees who Experienced Depression: Employers and HR's Perspectives]. *Sante Ment Que.* Fall 2017;42(2):173-96.

89. Corbière M, Renard M, St-Arnaud L, Coutu M-F, Negrini A, Sauvé G, et al. Union perceptions of factors related to the return to work of employees with depression. *J Occup Rehabil.* juin 2015;25(2):335-47.
90. Dalgaard VL, Aschbacher K, Andersen JH, Glasscock DJ, Willert MV, Carstensen O, et al. Return to work after work-related stress: a randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention. *Scand J Work Environ Health.* 01 2017;43(5):436-46.
91. Finnes A, Ghaderi A, Dahl J, Nager A, Enebrink P. Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy and a workplace intervention for sickness absence due to mental disorders. *J Occup Health Psychol.* févr 2019;24(1):198-212.
92. Hellström LC, Eplöv LF, Nordentoft M, Østergaard SD, Bech P. The Diagnostic Apathia Scale predicts the ability to return to work following depression or anxiety. *Acta Neuropsychiatr.* déc 2014;26(6):364-71.
93. Hellström L, Bech P, Hjorthøj C, Nordentoft M, Lindschou J, Eplöv LF. Effect on return to work or education of Individual Placement and Support modified for people with mood and anxiety disorders: results of a randomised clinical trial. *Occup Environ Med.* 2017;74(10):717-25.
94. Ito D, Watanabe A, Takeichi S, Ishihara A, Yamamoto K. A Preliminary Study of Work-Focused Cognitive Behavioural Group Therapy for Japanese Workers. *Behav Cogn Psychother.* mars 2019;47(2):251-6.
95. Martin AJ, Giallo R. Confirmatory Factor Analysis of a Questionnaire Measure of Managerial Stigma Towards Employee Depression. *Stress Health J Int Soc Investig Stress.* déc 2016;32(5):621-8.
96. Martin MHT, Moefelt L, Dahl Nielsen MB, Rugulies R. Barriers and facilitators for implementation of a return-to-work intervention for sickness absence beneficiaries with mental health problems: Results from three Danish municipalities. *Scand J Public Health.* juin 2015;43(4):423-31.
97. Porter S, Bejerholm U. The effect of individual enabling and support on empowerment and depression severity in persons with affective disorders: outcome of a randomized control trial. *Nord J Psychiatry.* mai 2018;72(4):259-67.
98. Porter S, Lexén A, Johanson S, Bejerholm U. Critical factors for the return-to-work process among people with affective disorders: Voices from two vocational approaches. *Work Read Mass.* 2018;60(2):221-34.
99. Ramano E, Buys T, De Beer M. Formulating a return-to-work decision for employees with major depressive disorders: occupational therapists' experiences. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 20 avr 2016;8(2):e1-5.
100. Sallis A, Birkin R. Experiences of work and sickness absence in employees with depression: an interpretative phenomenological analysis. *J Occup Rehabil.* sept 2014;24(3):469-83.
101. van Beurden KM, Brouwers EPM, Joosen MCW, de Boer MR, van Weeghel J, Terluin B, et al. Effectiveness of an Intervention to Enhance Occupational Physicians' Guideline Adherence on Sickness Absence Duration in Workers with Common Mental Disorders: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *J Occup Rehabil.* déc 2017;27(4):559-67.
102. Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Anema JR, Beekman AT, Brouwers EP, Emons WH, et al. Effectiveness of a blended web-based intervention on return to work for sick-listed employees with common mental disorders: results of a cluster randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 13 mai 2015;17(5):e116.

103. Wisenthal A, Krupa T, Kirsh BH, Lysaght R. Cognitive work hardening for return to work following depression: An intervention study: Le réentraînement cognitif au travail pour favoriser le retour au travail à la suite d'une dépression : étude d'intervention. *Can J Occup Ther Rev Can Ergother.* févr 2018;85(1):21-32.
104. Zwerenz R, Becker J, Gerzymisch K, Siepmann M, Holme M, Kiwus U, et al. Evaluation of a transdiagnostic psychodynamic online intervention to support return to work: A randomized controlled trial. *PloS One.* 2017;12(5):e0176513.
105. Jansson I, Perseus K-I, Gunnarsson AB, Björklund A. Work and everyday activities: experiences from two interventions addressing people with common mental disorders. *Scand J Occup Ther.* juill 2014;21(4):295-304.
106. Organization WH. ICD-10 : international statistical classification of diseases and related health problems : tenth revision [Internet]. World Health Organization; 2004 [cité 20 juin 2019]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42980>
107. Andresen EM, Malmgren JA, Carter WB, Patrick DL. Screening for depression in well older adults: evaluation of a short form of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). *Am J Prev Med.* avr 1994;10(2):77-84.
108. Olsen LR, Mortensen EL, Bech P. The SCL-90 and SCL-90R versions validated by item response models in a Danish community sample. *Acta Psychiatr Scand.* sept 2004;110(3):225-9.
109. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol.* oct 1998;3(4):322-55.
110. Kristensen TS, Hannerz H, Høgh A, Borg V. The Copenhagen Psychosocial Questionnaire--a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scand J Work Environ Health.* déc 2005;31(6):438-49.
111. Tsutsumi A, Inoue A, Eguchi H. How accurately does the Brief Job Stress Questionnaire identify workers with or without potential psychological distress? *J Occup Health.* 27 juill 2017;59(4):356-60.
112. Lerner D, Amick BC, Rogers WH, Malspeis S, Bungay K, Cynn D. The Work Limitations Questionnaire. *Med Care.* janv 2001;39(1):72-85.
113. van Veldhoven M, Broersen S. Measurement quality and validity of the « need for recovery scale ». *Occup Environ Med.* juin 2003;60 Suppl 1:i3-9.
114. Ilmarinen J. The work ability index (WAI). *Occup Med.* 1 janv 2007;57.
115. Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML, Crean T. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatr Serv Wash DC.* août 1997;48(8):1042-7.
116. Bech P. [Stress and psychometrics]. *Ugeskr Laeger.* 23 janv 2012;174(4):195-7.
117. Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, Ono Y, Nakane Y, Nakamura Y, et al. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2008;17(3):152-8.
118. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 22 mai 2006;166(10):1092-7.
119. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med.* avr 2002;64(2):258-66.
120. Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S. Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Int J Soc Psychiatry.* 1999;45(1):7-12.

121. EuroQol Group. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy Amst Neth.* déc 1990;16(3):199-208.
122. Jaremko M, Meichenbaum D, éditeurs. *Stress Reduction and Prevention* [Internet]. Springer US; 1989 [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.springer.com/gp/book/9780306410666>
123. Haute Autorité de Santé. *Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs.* Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. 2019;60.

VI. Annexes

6.1. Glossaire des abréviations

BDI : Beck Depression Inventory

BDNF : Brain Derived Neurotrophic Factor

BJSQ : Brief Job Stress Questionnaire

CBT : Cognitive-Behavioral Therapy

CIDI-SF: Composite International Diagnostic Interview - short form

CIM-10 : Classification Internationale des maladies, dixième version, publiée par l'OMS

COP-SOQ : Copenhagen Psychosocial Questionnaire

COR: Cumulative Odds Ratio

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cinquième version

ECT : Electroconvulsivothérapie

EDC : Etat Dépressif Caractérisé

GAD-7: Generalized Anxiety Disorder Questionnaire

GDS : Geriatric Depression Scale

GRADE : The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

GSI : Global Symptom Index

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

HAM-A6 : Hamilton Anxiety 6-Item Scale

HAM-D6 : Hamilton Depression 6-Item Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

HDRS : Hamilton Depression Rating Scale

HR : Hazard Ratio

IC 95% : Intervalle de Confiance à 95%

IDS : Inventory of Depressive Symptomatology

IL : Interleukine

IMC : Indice de Masse Corporelle

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé qui devient l'agence nationale de santé publique (« Santé publique France ») en 2016

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IQR : Intervalle Interquartile

ISRS : Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine

JCQ : Job Content Questionnaire

MADRS : Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

MANSA : Manchester Short Assessment of Quality of Life

MDD : Major Depressive Disorder

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

NFR : Need For Recovery Scale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

PHQ : Patient Health Questionnaire

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

RPS : Risques Psychosociaux

RR : Risque Relatif

rTMS : Stimulation Magnétique Transcrânienne répétée

SMD : Standardised Mean Differences

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TMS : troubles musculo-squelettiques

TNF : Facteur de nécrose tumorale

UE : Union Européenne

USA : États-Unis d'Amérique

WHO-5 : WHO-Five Well-being Index

WLQ : Work Limitations Questionnaire

WPAI : Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire

Work and depression: What are the occupational factors that predict return to work? Which interventions favor the return to work? A Systematic review of the literature

ABSTRACT:

Background: Major Depressive Disorder (MDD) is a common disease in the world with high human and economic costs. At the professional level, MDD is responsible for many sickness absences. Some individual causes or causes related to the professional environment are well established. However, the factors related to working conditions and work-focused interventions that will influence the return to work are not clearly defined.

Objectives: To identify knowledge about the occupational prognostic factors that determines the return to work after an MDD and to update knowledge about work-focused interventions that influence the return to work after an MDD.

Methodology: A systematic review of the literature was conducted using the PRISMA method from the MEDLINE database. The valuation of the articles was carried out according to the GRADE method.

Results: A total of 32 articles were included. The 12 articles on occupational factors identified socio-professional, psychological, organizational and physical constraints as predictors of return to work after MDD. The 20 articles on work-related interventions found that individual or group cognitive-behavioral therapy (CBT) interventions promoted return to work. Results for individualized support and interventions based on online follow-up were more contrasted.

Conclusions: Few studies focus on the return to work after an MDD when the impact of this condition is major in terms of public health and economic impact. The occupational physician has an important role to play in coordinating the actors, but he needs solid studies on which to base himself. Future studies could be carried out to better identify the occupational prognostic factors of return to work and propose effective interventions for employers for the return to work of their employees.

KEYWORDS: Depression, Return to work, Sickness absence, Occupational factors, Workplace interventions

Travail et dépression : Quels sont les facteurs d'origine professionnelle qui prédisent le retour au travail ? Quelles sont les interventions qui favorisent le retour au travail ? Une revue systématique de la littérature

RESUME :

Contexte : L'état dépressif caractérisé (EDC) est une pathologie fréquente dans le monde et à fort coût humain et économique. Au niveau professionnel, elle est responsable de nombreux arrêts de travail. Certaines causes individuelles ou en liens avec l'environnement professionnel sont bien établies. Néanmoins, les facteurs liés aux conditions de travail et les interventions axées sur le travail qui vont influencer le retour au travail, ne sont pas clairement définis.

Objectifs : Répertorier les connaissances sur les facteurs pronostiques professionnels qui conditionnent le retour à l'emploi après un EDC et actualiser les connaissances sur les interventions axées sur le travail influençant le retour au travail après un EDC.

Méthodologie : Une revue systématique de la littérature a été réalisée selon la méthode PRISMA à partir de la base de données MEDLINE. L'évaluation des articles a été effectuée selon la méthode GRADE.

Résultats : Au total, 32 articles ont été inclus. Les 12 articles concernant les facteurs professionnels trouvaient des contraintes socio-professionnelles, psychologiques, organisationnelles et physiques comme facteurs pronostiquant le retour au travail après EDC. Les 20 articles concernant les interventions axées sur le travail trouvaient que des interventions de thérapie cognitivo-comportementales (TCC) individuelles ou de groupe favorisaient le retour au travail. Les résultats concernant un soutien individualisé et les interventions basées sur un suivi en ligne étaient plus contrastés.

Conclusions : Peu d'études s'intéressent au retour au travail après un EDC alors que le retentissement de cette pathologie est majeur en termes de santé publique et économique. Le médecin du travail a un rôle important à jouer dans la coordination des acteurs mais il a besoin d'études solides sur lesquelles s'appuyer. De futures études pourraient être réalisées pour mieux identifier les facteurs pronostiques professionnels du retour au travail et proposer aux employeurs des interventions efficaces pour le retour de leurs salariés.

TITLE: Work and depression: What are the occupational factors that predict return to work? Which interventions favor the return to work? A Systematic review of the literature

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : Dépression, Retour au travail, Arrêt maladie, Facteurs professionnels, Interventions en milieu de travail

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Dr Yolande ESQUIROL