PSΨCHO

PAP



Les mini-guides

Réadaptation, prévention de la désinsertion professionnelle et reprise d'activité avec les personnes avec un trouble de personnalité limite

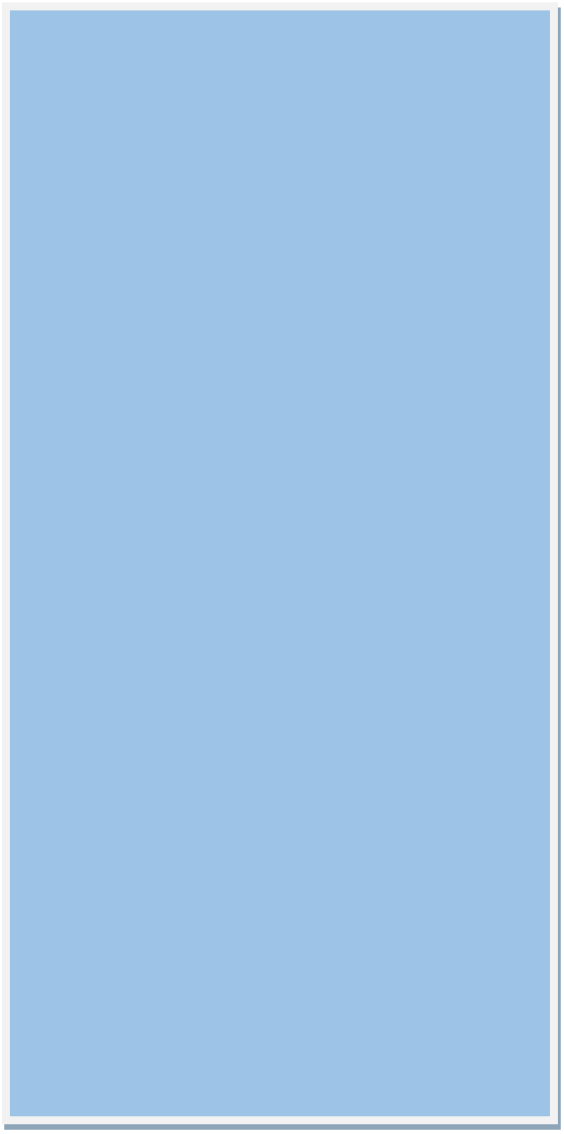
un mini-guide de pratique

première édition

2026

Christiane Bertelli
Thanh-Lan Ngô

Éditeur : Thanh-Lan Ngô-psychopap



Éditeur: Thanh-Lan Ngô – psychopap
Montréal, QC, Canada
2026
ISBN 978-2-925053-49-1
Dépôt légal 2ème trimestre 2026
Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2026
1re édition

Table des matières

INTRODUCTION **5**

OBJECTIFS **6**

PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES **7**

LE PROCESSUS D'ARRÊT DE TRAVAIL ET DE RETOUR À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE : ÉTAPES CLÉS **10**

1. AVANT L'ARRÊT DE TRAVAIL : ÉVALUER ET DÉCIDER DE LA NÉCESSITÉ D'UN ARRÊT 10

a) Établir un diagnostic et comprendre le contexte clinique 10

b) Premier temps: contenir et ralentir avant de décider. 11

c) Dans un deuxième temps : rédiger le certificat d'arrêt de travail 11

Indications et limites de l'arrêt de travail 14

ILLUSTRATION CLINIQUE 1 : DÉTRESSE AIGUË EN CONTEXTE DE CONFLIT HIÉRARCHIQUE 16

2. PENDANT L'ARRÊT DE TRAVAIL : UTILISER LES MOYENS POUR FAVORISER L'ACTIVATION COMPORTEMENTALE 17

LE RISQUE DE CHRONICISATION APRÈS PLUSIEURS MOIS D'ARRÊT 18

L'ACTIVATION COMPORTEMENTALE COMME PRINCIPE CENTRAL 18

RÉINTRODUIRE PROGRESSIVEMENT LA NOTION DE CAPACITÉ 18

L'IMPORTANCE DES OBJECTIFS CONCRETS 19

ILLUSTRATION CLINIQUE 2 : DÉPRESSION, ALCOOL ET RISQUE PROFESSIONNEL 19

3. AU MOMENT DU RETOUR AU TRAVAIL 20

ILLUSTRATION CLINIQUE 3 : EXEMPLE DE COORDINATION CLINIQUE POUR FAVORISER LE RETOUR AU TRAVAIL 21

Réorientation professionnelle 21

DILEMMES CLINIQUES LIÉS AU RETOUR AU TRAVAIL 22

Dilemme 1. Rôle bénéfique du travail versus arrêt de travail 22

Dilemme 2. Conflit entre médecin traitant et expertise externe 23

Dilemme 3. Préserver l'alliance thérapeutique tout en maintenant un cadre 23

Dilemme 4. Invalidité permanente versus réorientation professionnelle 24

OUTILS ET INSTRUMENTS **25**

CONCLUSION **25**

RÉFÉRENCES **27**

ANNEXE. RÔLE DE L'ERGOTHÉRAPIE DANS L'ARRÊT, LE RETOUR ET LE MAINTIEN AU TRAVAIL **31**

RETOUR AU TRAVAIL CHEZ LES PERSONNES PRÉSENTANT UN TPL EN RÉSUMÉ **36**

INFOGRAPHIE : RÉSUMÉ **37**

Réadaptation, prévention de la désinsertion professionnelle et reprise d'activité avec les personnes avec un trouble de personnalité limite

Un mini-guide de pratique

Christiane Bertelli a,b,, MD., FRCPC
Thanh-Lan Ngô a,b, MD., M.Sc., FRCPC
a Hôpital en Santé mentale Albert-Prévost, CIUSSS du Nord de l'Île de Montréal
b Université de Montréal, Département de psychiatrie

RÉSUMÉ

Les troubles de la personnalité, et en particulier le trouble de la personnalité limite (TPL), constituent un problème de santé publique de premier plan. Leur prévalence est significative, leur représentation dans les services de santé est élevée, et ils s'accompagnent d'une souffrance psychique marquée, de comportements impulsifs, de conduites suicidaires ainsi que d'une altération persistante du fonctionnement psychosocial.

Or, malgré une amélioration souvent significative des symptômes au fil du temps ou sous l'effet d'interventions thérapeutiques spécialisées, les atteintes fonctionnelles demeurent fréquemment importantes. Ce décalage entre l'évolution symptomatique et le fonctionnement réel peut amener un déplacement du regard clinique : plutôt qu'une approche centrée exclusivement sur la symptomatologie, on peut adopter une compréhension plus globale intégrant les dimensions relationnelles, identitaires, sociales et occupationnelles. Le fonctionnement psychosocial (i.e. la capacité à entretenir des relations stables, à assumer des rôles sociaux, à s'inscrire dans une activité de travail ou d'étude) devient un indicateur déterminant du rétablissement, au même titre que la réduction des symptômes.

Le travail, précisément, ne se réduit pas à une contrainte ou à une source potentielle de stress. Il joue un rôle structurant sur le plan psychique et social : soutien de l'identité et de l'estime de soi, autonomie financière, organisation du quotidien, inscription dans des réseaux de reconnaissance sociale. À l'inverse, un arrêt de travail prolongé peut produire des effets iatrogènes considérables (i.e. isolement, désengagement social, perte des routines, renforcement de l'évitement anxieux, fixation progressive d'une identité d'invalidité). L'arrêt de travail gagne donc à être conçu comme une intervention thérapeutique active, limitée dans le temps, contextualisée et articulée à un projet explicite de récupération fonctionnelle, et non comme une simple mesure administrative.

La décision clinique qui l'entoure est toutefois d'une grande complexité. Il faut distinguer une incapacité fonctionnelle temporaire véritable d'une crise relationnelle ou d'un processus d'évitement que le retrait du milieu de travail risquerait d'aggraver. Cette distinction requiert une posture nuancée : reconnaître pleinement la réalité de la souffrance sans médicaliser excessivement des difficultés existentielles, relationnelles ou contextuelles. Les phénomènes de contre-transfert méritent ici une attention particulière. Les réactions émotionnelles du soignant, les pressions relationnelles exercées par le patient, consciemment ou non, peuvent infléchir la décision dans un sens qui ne sert pas nécessairement le rétablissement. Maintenir un cadre thérapeutique clair, cohérent et prévisible est une condition essentielle d'une prise en charge efficace.

La reprise du travail, enfin, constitue une phase clinique à part entière. Elle nécessite une préparation structurée, une coordination interdisciplinaire et des ajustements progressifs adaptés à chaque situation. L'objectif n'est pas l'absence complète de symptômes, mais la reprise graduelle d'un fonctionnement suffisamment stable pour permettre une participation sociale et professionnelle durable. Dans certains cas, une réorientation professionnelle peut s'avérer plus pertinente qu'une trajectoire menant vers l'invalidité permanente.

La prévention de la désinsertion professionnelle et la restauration de la participation sociale ne sont donc pas des objectifs périphériques. Elles font pleinement partie du processus de soin. Le rétablissement ne se réduit pas à la rémission symptomatique : il englobe la reconstruction d'un fonctionnement global permettant à la personne de reprendre sa place dans la vie sociale et professionnelle.

Mots clés : Retour au travail*Trouble de la personnalité limite

INTRODUCTION

Les arrêts de travail chez les personnes présentant un trouble de la personnalité limite : un enjeu clinique et de santé publique majeur.

La prévalence du trouble de la personnalité limite (TPL) chez l'adulte est estimée entre 0.7 et 2.7 % de la population générale (Leichsenring et al., 2023, Bohus et al., 2021). Par ailleurs, les troubles de la personnalité sont présents chez 22 % des patients se présentant aux urgences pour automutilation et 35 % de ceux se présentant pour tentative de suicide (Collins et al., 2020). Les personnes présentant un trouble de la personnalité sont surreprésentées dans la clientèle des médecins généralistes (6 % contre 1 % à 2 % dans la population générale). Ces données confirment l'ampleur du phénomène et l'importance de cet enjeu, tant en première qu'en deuxième ligne.

Les troubles de la personnalité s'accompagnent d'une souffrance significative, vécue par les personnes concernées et répercutée sur l'entourage (famille, partenaires, amis, collègues). Cette souffrance est associée à des coûts sociaux importants : absentéisme, recours accru aux services de santé, difficultés parentales nécessitant soutien clinique et social, demandes de prestations d'invalidité et sollicitations fréquentes des services d'urgence. Ces situations sont souvent liées à la consommation de substances, à l'agressivité, à l'impulsivité, ainsi qu'à des conduites parasuicidaires et d'automutilation (Soeteman et al., 2008 ; Hastrup et al., 2019 ; Østby et al., 2014).

Les troubles de la personnalité ont aussi des répercussions sur la santé physique et la mortalité, et certains comportements peuvent entraîner des conséquences juridiques, contribuant à alourdir le fardeau socioéconomique (Leichsenring et al., 2023 ; Komasi et al., 2025).

Bien que des études longitudinales sur plus de 30 ans montrent une rémission symptomatique dans 70 % à 95 % des cas (Alvarez-Tomas et al., 2019) et une amélioration des symptômes avec les psychothérapies spécialisées et les traitements usuels (Stoffers-Winterling et al., 2022), le fonctionnement psychosocial demeure souvent compromis. Un dysfonctionnement pouvant atteindre 60 % persiste malgré la résolution des symptômes (Zanarini et al., 2024 ; Dhar et al., 2023).

Le cœur du problème : les déficits au niveau du fonctionnement psychosocial

Le fonctionnement psychosocial désigne la capacité d'une personne à s'intégrer harmonieusement dans sa famille, ses relations intimes et ses autres liens interpersonnels, ainsi qu'à s'adapter de manière adéquate aux milieux professionnels, scolaires et de loisirs.

Les troubles du fonctionnement psychosocial associés aux troubles de la personnalité trouvent leur origine dans des altérations de diverses capacités mentales, notamment la mentalisation[1], (Bora et al., 2021 ; Janczak, 2025), la diffusion identitaire[2] (De Meulemeester et al., 2017) et la cognition sociale[3] (Bohus et al., 2021 ; Galvez-Merlin et al., 2024). Ils sont fréquemment associés à des difficultés relationnelles profondes, qui entravent la création et le maintien de réseaux sociaux de soutien. Dans cette perspective, certains auteurs proposent de considérer les troubles de la personnalité comme des « troubles interpersonnels », tant leurs manifestations affectent les sphères sociales et professionnelles (Wright et al., 2023).

Ainsi, les difficultés psychosociales constituent un enjeu central du fardeau associé au TPL. Ce constat soutient l'intégration systématique des approches de réadaptation dans les trajectoires de soins et les processus de rétablissement.

OBJECTIFS

Le rétablissement et l'intégration professionnelle : fondements de l'intervention

En santé mentale, le fonctionnement psychosocial est étroitement lié à la notion de rétablissement, entendue comme un processus singulier et évolutif de transformation des attitudes, des valeurs, des affects, des objectifs, des compétences et des rôles, permettant à la personne de mener une vie satisfaisante et porteuse d'espoir, malgré les limitations imposées par la maladie (Department of Veterans Affairs et al., 2023).

L'approche du rétablissement insiste sur l'importance d'interventions précoces, notamment à l'adolescence, période charnière dans l'émergence et la consolidation du handicap psychosocial (Torres Stone et al., 2018). Prévenir ou atténuer précocement l'impact des troubles de la personnalité sur le fonctionnement pourrait générer des bénéfices substantiels, tant sur le plan clinique que socioéconomique (Chanen et al., 2022).

Le travail constitue ainsi un levier central du rétablissement et de l'insertion sociale. Il offre non seulement une autonomie financière et un statut social, mais aussi une structuration du temps, un accès aux loisirs, ainsi qu'un sentiment de dignité et d'estime de soi (Dunn et al., 2008).

Dans ce contexte, il est essentiel de porter une attention particulière aux risques iatrogènes de désinsertion professionnelle. Celle-ci peut s'installer rapidement après quelques mois d'arrêt de

[1] **Mentalisation** : la capacité, en partie implicite, à percevoir et interpréter ses propres comportements et ceux d'autrui en termes d'états mentaux intentionnels tels que les désirs, les besoins, les sentiments et les croyances
[2] **Diffusion identitaire** : une fragmentation plutôt qu'une intégration des représentations de soi et d'autrui, se manifestant par une instabilité marquée et persistante de l'image de soi, des objectifs et des valeurs
[3] **Cognition sociale** : l'ensemble des processus mentaux permettant de percevoir, interpréter et répondre de manière adaptée aux informations sociales, incluant la théorie de l'esprit, l'empathie et la reconnaissance des émotions

travail (Myhrer et al., 2026; Vogel et al., 2017), avec une perte progressive de l'identité de travailleur (Standal et al, 2021).

PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES

Enjeux diagnostiques et place de l'occupationnel dans la trajectoire clinique

Lorsque la personne présente des symptômes évoquant un trouble mental, la pertinence d'un arrêt de travail doit être évaluée avec rigueur. Dans le TPL, les manifestations anxieuses ou dépressives sont souvent transitoires et s'inscrivent dans une instabilité émotionnelle contextuelle; elles ne devraient donc pas être assimilées systématiquement à des troubles psychiatriques distincts.

Dans ces situations, le traitement du trouble de la personnalité repose d'abord sur une approche structurée. Les traitements pharmacologiques, quant à eux, n'ont pas démontré d'efficacité constante sur les symptômes centraux des troubles de la personnalité (Leichsenring et al., 2023). En cas de comorbidité entre un trouble psychiatrique de l'axe I et un trouble de la personnalité, il est généralement recommandé de prioriser le traitement du trouble de la personnalité. L'amélioration de celui-ci s'accompagne souvent d'une diminution des symptômes associés, y compris dans divers tableaux (dépression majeure, trouble bipolaire non décompensé, trouble panique, TSPT, troubles liés à l'usage de substances, somatisations) (Leichsenring et al., 2023 ; Schmaling et al., 2021).

Comme lors d'une dépression caractérisée, d'un trouble bipolaire en voie de décompensation ou de certains troubles anxieux sévères, un arrêt de travail peut être indiqué à court terme pour permettre une stabilisation clinique. Il importe toujours de considérer les effets potentiellement délétères d'un retrait prolongé du milieu professionnel ou scolaire.

Le maintien ou la reprise d'activités structurées conserve souvent une valeur thérapeutique importante. Plusieurs interventions compatibles avec une routine d'activités quotidiennes signifiantes (travail, études) ont montré un effet bénéfique sur le rétablissement symptomatique et fonctionnel, notamment : l'activation comportementale dans le traitement de la dépression sévère (Hellerstein et al., 2015); la régularité des rythmes sociaux pour maintenir la stabilité de l'humeur dans le trouble bipolaire (Frank et al., 2008 ; Geddes et Miklowitz, 2013); les approches d'exposition dans le traitement des troubles anxieux (Noordik et al., 2010).

Chez les personnes présentant des troubles de la personnalité, cette dimension est particulièrement importante, puisque des difficultés relationnelles, identitaires et émotionnelles peuvent conduire rapidement à un désengagement social lorsque les activités structurantes disparaissent. Les demandes d'arrêt peuvent survenir dans des contextes de tensions

interpersonnelles, d'invalidation, de rupture affective, d'angoisse d'abandon, de perte de repères identitaires ou de désorganisation émotionnelle aiguë.

Le clinicien doit alors distinguer : (1) une incapacité fonctionnelle temporaire nécessitant un retrait thérapeutique, (2) une crise relationnelle pouvant être abordée autrement, ou (3) un désengagement social progressif susceptible d'être renforcé par l'arrêt lui-même. Cette distinction demande une posture nuancée, évitant la banalisation de la souffrance, les réponses impulsives dictées par l'urgence émotionnelle et la médicalisation excessive de difficultés relationnelles et existentielles.

Dans cette optique, l'arrêt de travail doit être conçu comme une intervention thérapeutique active, intégrée à un plan global orienté vers le rétablissement fonctionnel (et non comme une simple exemption administrative).

Exemple de désinsertion sociale iatrogène

Vignette clinique : Madame D.

Madame D., 38 ans, vit seule, possède un diplôme universitaire et reçoit de l'aide sociale depuis environ dix ans, ainsi que des prestations d'assurance hypothécaire pour son condo. Elle est suivie pour dysthymie, trouble de la personnalité limite, fibromyalgie et migraines, et elle est référée dans un contexte de relais clinique (congé de maternité de la collègue). Il s'agit de sa « patiente difficile ».

Son histoire comprend plusieurs intoxications médicamenteuses. Elle refuse de consulter un psychiatre ou un psychologue, affirmant que cela aggrave son état, et elle utilise sa médication de manière non conforme aux recommandations.

Sa demande actuelle, formulée avec insistance, porte sur : le renouvellement d'un certificat d'invalidité pour l'aide sociale; le renouvellement des formulaires pour son assurance hypothécaire; l'essai d'un nouvel antidépresseur; la recherche d'un traitement efficace pour ses douleurs chroniques. Elle évoque aussi à demi-mot un risque suicidaire en l'absence de solution immédiate.

Le cas soulève des enjeux intriqués : gestion du risque suicidaire, pression relationnelle, chronicisation de l'invalidité, refus de traitement et désinsertion sociale prolongée. Cette vignette illustre comment une demande d'invalidité ou d'arrêt peut devenir simultanément un enjeu de sécurité, de relation thérapeutique et de prévention de la désinsertion, justifiant une approche structurée de la décision et de la reprise d'activité.

Le dilemme clinique spécifique à Mme D.

Puisque c'est votre première rencontre avec cette personne, une approche structurée et encadrante apparaît préférable plutôt que de simplement renouveler ou refuser le certificat d'invalidité.

Gestion de la menace suicidaire conditionnelle

La formulation « Si vous ne m'aidez pas, je vais me suicider » place souvent le clinicien en difficulté lors de cette première rencontre. Les principes suivants guident l'intervention :

- Prendre la menace au sérieux et procéder à une évaluation formelle du risque, surtout en première rencontre; ne jamais minimiser ou ignorer (par exemple avec le C-SSRS). Vous soulignez aussi l'importance qu'une menace peut avoir sur la suite du processus.
- Valider la détresse sans céder à la pression.
- Éviter les décisions cliniques prises sous la contrainte émotionnelle (peur que la patiente se tue).
- Séparer l'évaluation de la sécurité des demandes administratives.
- Documenter soigneusement l'évaluation du risque et le plan de sécurité.

Une réponse thérapeutique possible : « Je vois que vous souffrez énormément et que la situation vous semble sans issue. Je veux vous aider, et c'est justement pour cela que je souhaite prendre le temps d'évaluer votre sécurité avant de revenir sur les autres demandes. »

Comprendre le concept de risque « aigu sur chronique »

Les personnes présentant un TPL vivent fréquemment avec une idéation suicidaire chronique de fond, ce qui peut générer une anxiété importante chez le clinicien et altérer le jugement thérapeutique. Le modèle du risque « aigu sur chronique » propose de centrer l'évaluation sur les moments où certains facteurs augmentent le risque au-delà du niveau habituel de vulnérabilité.

Chez Mme D., plusieurs déclencheurs aigus sont identifiables (menace de perte des prestations, changement de médecin, sentiment d'abandon lié au départ temporaire de la collègue, absence de solution immédiate, impression d'impasse). L'objectif consiste à contenir la crise aiguë sans renforcer involontairement des dynamiques relationnelles dysfonctionnelles.

Invalidité prolongée et risque de chronicisation

Le cas illustre la tension entre l'obligation de documenter honnêtement des limitations fonctionnelles réelles et le risque que l'invalidité prolongée contribue elle-même à perpétuer l'incapacité.

La relation bidirectionnelle entre symptômes et fonctionnement. L'inactivité prolongée peut aggraver la dépression, l'isolement social, le déconditionnement physique, les douleurs chroniques, la perte d'initiative et la perte d'identité professionnelle; cette dynamique renforce progressivement le sentiment d'incapacité (Allen et al., 2020; Chao et al., 2014; Soini et al, 2025). À l'inverse, le retour progressif à des activités significatives (travail, bénévolat, études, engagement communautaire) a souvent un effet thérapeutique en soi (Nagata et al., 2022).

Le refus de traitement comme élément clinique pertinent. Le refus de consulter (psychiatre/psychologue) est un élément important à documenter dans l'évaluation fonctionnelle, puisque la psychothérapie demeure le traitement de première ligne du TPL. Ce refus de traitement doit être discuté ouvertement avec la patiente et il aura des conséquences. En contexte d'invalidité, il devient pertinent d'examiner si les traitements recommandés ont été proposés, rendus accessibles et dans quelle mesure la personne participe activement au processus thérapeutique, sans utiliser cette réflexion de manière punitive.

La question du gain secondaire. Les bénéfices secondaires doivent être considérés avec prudence, sans présomption. Il convient d'évaluer la motivation réelle au retour au travail, les tentatives antérieures, les efforts d'adaptation, la cohérence entre symptômes rapportés et activités observées, ainsi que la place de l'identité de malade dans l'organisation psychique et sociale. Comme aucun outil ne permet d'identifier avec certitude une simulation, une approche structurée, empathique et objective comme habituellement avec tous vos patients demeure préférable à une posture de suspicion.

Transformer l'évaluation d'invalidité en intervention thérapeutique. Les interventions doivent être orientées vers le retour au travail dès la mise en arrêt de travail. L'arrêt de travail et les documents à compléter doivent être conçus comme un cadre temporel structurant permettant de contenir à la fois le patient et le clinicien.

L'enjeu est d'éviter que l'évaluation ne devienne un acte administratif passif et soutenir au contraire la récupération fonctionnelle, la mobilisation progressive des capacités, le maintien des liens sociaux et la prévention de la désinsertion durable, en reconnaissant les limitations réelles tout en gardant une perspective orientée vers le rétablissement.

LE PROCESSUS D'ARRÊT DE TRAVAIL ET DE RETOUR À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE : ÉTAPES CLÉS

1. Avant l'arrêt de travail : évaluer et décider de la nécessité d'un arrêt

a) Établir un diagnostic et comprendre le contexte clinique

Le médecin de famille, souvent confronté à une situation subjective et complexe, doit procéder à une évaluation systématique, structurée et méthodique afin de prendre du recul et d'appréhender l'ensemble du tableau clinique. Le repérage précoce d'un trouble relationnel ou de la personnalité peut éviter des errances diagnostiques, la multiplication des diagnostics psychiatriques, une polypharmacie inefficace et la chronicisation de trajectoires d'invalidité. Les présentations cliniques étant variables (somatisation, fatigue, passivité, plaintes physiques versus dysrégulation émotionnelle, impulsivité, conflits interpersonnels, altération de la mentalisation), l'évaluation doit rester clinique, contextualisée et progressive.

b) Premier temps: contenir et ralentir avant de décider.

Selon le mode de présentation, la première étape consiste à instaurer un espace d'échange permettant de construire une relation de collaboration. Souvent, la priorité initiale est de contenir la crise, de réduire la dysrégulation, de restaurer temporairement la mentalisation et d'établir une alliance suffisante, via la validation de la souffrance, le ralentissement de l'entretien, la clarification des attentes, l'identification des déclencheurs et l'évaluation du danger. Ensuite, il devient possible d'aborder de façon nuancée les bénéfices de l'arrêt, ses risques, les alternatives et les objectifs thérapeutiques.

Si la régulation demeure insuffisante malgré les interventions initiales, un arrêt bref peut être indiqué pour diminuer l'escalade émotionnelle, prévenir des comportements impulsifs, permettre la reprise du fonctionnement réflexif et créer un espace thérapeutique minimal. Idéalement, ces arrêts devraient être limités dans le temps, par exemple à environ deux semaines, et associés à un suivi rapproché.

c) Dans un deuxième temps : rédiger le certificat d'arrêt de travail

Le médecin de famille peut, lors d'une deuxième rencontre, procéder à une évaluation systématique, structurée et méthodique afin de prendre du recul et d'appréhender l'ensemble du tableau clinique. Lors de la rédaction du certificat d'arrêt de travail, l'anamnèse et l'examen mental en particulier, le non verbal plus ou moins congruent avec le verbal permettent d'objectiver les limitations fonctionnelles et de documenter avec précision ce que la personne est en mesure de faire ou non, afin de soutenir la justification clinique de la décision. La gestion des arrêts de travail auprès des personnes présentant des troubles de la personnalité requiert une approche équilibrée, articulant : (1) la stabilisation des symptômes aigus, (2) le soutien au fonctionnement psychosocial, (3) la prévention de la chronicisation et (4) la préservation des capacités occupationnelles.

Concepts fondamentaux

1. **Le fonctionnement plutôt que le seul diagnostic.** Deux personnes ayant le même diagnostic peuvent présenter des capacités fonctionnelles très différentes; l'évaluation doit donc porter sur les capacités réelles, les limitations observables, les exigences du poste, les ressources adaptatives et le contexte relationnel et organisationnel (Allen et al., 2020).
2. **Le travail comme facteur thérapeutique.** Le travail n'est pas seulement une source de stress; dans un environnement suffisamment sécurisant, il peut soutenir la structuration psychique, l'identité, le sentiment d'utilité, l'appartenance sociale et l'estime de soi (Burdof et al., 2023; Torres Stone et al., 2018).
3. **Le risque iatrogène de l'arrêt prolongé.** Un arrêt prolongé peut renforcer l'évitement, diminuer le sentiment de compétence, augmenter l'anxiété anticipatoire et compromettre progressivement les possibilités de retour (Myhrer et al., 2026).
4. **La nécessité d'une approche graduée.** Le retour au travail doit être conçu comme un processus progressif et flexible, et non comme un événement binaire opposant aptitude complète et incapacité totale (Streibelt et al., 2018).

5. **L’importance du cadre thérapeutique.** Des limites claires, une prévisibilité et une cohérence des interventions sont particulièrement importantes comme nous l’illustrerons dans les prochains exemples; un cadre stable peut réduire les dynamiques de clivage, limiter les demandes urgentes répétitives et favoriser la mentalisation (Bateman et al., 2015; Storebo et al., 2020).

Techniques et stratégies

Les interventions utiles incluent la validation émotionnelle, l’analyse fonctionnelle des crises, l’activation comportementale, la clarification des attentes, la psychoéducation sur les effets de l’inactivité, la planification graduée du retour, l’identification des facteurs de vulnérabilité, ainsi que le développement des capacités de mentalisation et de régulation émotionnelle :

- **Validation émotionnelle** : Reconnaître et nommer explicitement l'émotion vécue par le patient, sans la minimiser ni la renforcer. Il ne s'agit pas d'approuver le comportement, mais de signifier que l'émotion elle-même est compréhensible dans son contexte. Cette posture réduit l'escalade émotionnelle et favorise l'alliance thérapeutique

- **Analyse fonctionnelle des crises** : Démarche structurée qui consiste à reconstituer, avec le patient, la séquence d'événements, de pensées, d'émotions et de comportements ayant mené à une crise. L'objectif est d'identifier les déclencheurs, les facteurs de maintien et les points où une intervention différente aurait pu modifier le cours des choses. En pratique, cela revient à poser la question : « Que s'est-il passé exactement, étape par étape, avant que la situation ne dégénère ? »

- **Activation comportementale** : Stratégie visant à réintroduire progressivement des activités structurées et valorisantes dans le quotidien du patient, en particulier lorsque l'inactivité prolongée a entraîné un repli, une perte de routines ou un renforcement de l'évitement. On commence par des activités simples et prévisibles, puis on augmente graduellement le niveau d'engagement.

- **Clarification des attentes** : Explicitation, dès le départ et de façon répétée, de ce que le patient peut attendre du clinicien, du traitement et du processus de retour au travail — et de ce qui est attendu de lui en retour. Chez les patients présentant un TPL, où les malentendus relationnels sont fréquents, cette clarification prévient les ruptures d'alliance et les passages à l'acte liés à la frustration ou à la déception.

- **Psychoéducation sur les effets de l'inactivité** : Information transmise au patient sur les conséquences concrètes d'un arrêt de travail prolongé : déconditionnement physique et psychologique, perte de structure quotidienne, isolement social, renforcement de l'évitement anxieux, érosion de l'estime de soi et risque de fixation d'une identité d'invalidité. L'objectif est de permettre au patient de comprendre pourquoi la reprise progressive fait partie du traitement.

- **Planification graduée du retour :** Élaboration d'un plan de reprise par étapes, avec des objectifs réalistes, un calendrier souple et des ajustements prévus en fonction de l'évolution. Cela peut inclure un retour à temps partiel, des tâches allégées, des pauses planifiées ou un accompagnement sur le lieu de travail. La progressivité vise à éviter un retour prématuré qui échoue et renforce le sentiment d'incapacité.

- **Identification des facteurs de vulnérabilité** : Repérage des éléments spécifiques qui fragilisent le patient dans son milieu de travail : conflits interpersonnels récurrents, sensibilité au rejet, difficulté à tolérer l'autorité, surcharge sensorielle, ambiguïté des rôles, etc. Cette identification permet d'anticiper les situations à risque et de préparer des stratégies d'adaptation ciblées plutôt que de subir les rechutes.

- **Mentalisation** : Capacité à se représenter ses propres états mentaux (émotions, pensées, intentions) et ceux d'autrui, et à comprendre que les comportements sont motivés par ces états internes. Chez les patients présentant un TPL, cette capacité est souvent fragilisée en situation de stress émotionnel, ce qui entraîne des interprétations erronées des intentions d'autrui, des réactions impulsives et des ruptures relationnelles. Soutenir la mentalisation en consultation, c'est aider le patient à ralentir pour se demander : « Qu'est-ce que je ressens en ce moment ? Pourquoi l'autre a-t-il agi ainsi ? Y a-t-il une autre explication possible ? »

- **Régulation émotionnelle** : Ensemble des stratégies permettant de moduler l'intensité, la durée et l'expression des émotions. Chez les patients présentant un TPL, la dysrégulation émotionnelle est un trait central : les émotions surviennent rapidement, atteignent une intensité élevée et redescendent lentement. Les interventions visent à développer des alternatives aux réponses impulsives (automutilation, abus de substances, ruptures relationnelles) par l'apprentissage de techniques concrètes : identification précoce de l'émotion, tolérance à la détresse, mise à distance, recours à des comportements incompatibles avec l'impulsion.

Le clinicien doit aussi demeurer attentif à ses réactions contre-transférentielles (urgence, impuissance, sauvetage, irritation, épuisement), souvent informatives de la dynamique relationnelle; ralentir le processus décisionnel et maintenir un espace réflexif constituent parfois des interventions en soi.

Approfondissement clinique : l’urgence ressentie par le clinicien

Il arrive que le clinicien se sente pressé d’agir rapidement, sans que l’urgence perçue reflète nécessairement une nécessité médicale objective. Dans le TPL, certains mécanismes peuvent amplifier ce sentiment.

Identification projective. Le patient peut projeter des affects intenses (détresse, colère, abandon, impuissance, peur), que le clinicien peut ressentir à son tour sous forme d'anxiété, de responsabilité excessive ou de besoin d' « agir vite ». Cela peut favoriser des décisions précipitées (arrêt prolongé, renouvellement rapide de certificats, augmentation de médication, multiplication d'interventions immédiates) davantage pour soulager la tension relationnelle que sur la base d'une analyse approfondie.

Clivage. Le clinicien peut être perçu comme « bon » s'il répond immédiatement et « mauvais » s'il temporise; le désir d'éviter conflit, rejet, colère ou dévalorisation peut pousser à accéder trop rapidement à certaines demandes.

Position téléologique. Lorsque seules les actions tangibles sont vécues comme de « vraies » preuves d'aide (prescrire, signer, intervenir immédiatement, accorder ou prolonger un congé), le temps consacré à réfléchir et contenir émotionnellement peut être perçu comme de l'inaction ou un abandon; le clinicien peut alors ressentir une pression à poser rapidement un geste concret.

Ralentir le processus décisionnel. Différer temporairement une décision peut permettre une meilleure compréhension du contexte, une reprise de la capacité réflexive, une baisse de la charge émotionnelle et une évaluation plus rigoureuse des bénéfices et risques, tout en maintenant une posture de soin.
Le clinicien gagne à reconnaître ses réactions émotionnelles, tolérer l'incertitude temporaire, éviter les décisions sous pression et partager clairement certaines limites, par exemple : « Je comprends que la situation est extrêmement difficile. Je souhaite prendre le temps nécessaire pour bien comprendre ce qui se passe avant de décider avec vous de la meilleure façon de procéder. »

Indications et limites de l'arrêt de travail

Situations où un arrêt de travail peut être indiqué

Un arrêt de travail apparaît principalement indiqué lorsqu'une altération fonctionnelle aiguë compromet temporairement la sécurité, la régulation émotionnelle ou la capacité à assumer les exigences du poste.

1. ***Crise suicidaire aiguë***
Un arrêt bref d'une à deux semaines peut être nécessaire lorsque les idées suicidaires deviennent envahissantes, que le contrôle des impulsions est compromis ou qu'il existe un risque significatif de passage à l'acte. Dans ce contexte, le retrait temporaire vise principalement à assurer la sécurité, à réduire la surcharge émotionnelle et à permettre la mise en place d'un encadrement thérapeutique intensif.

2. ***Désorganisation émotionnelle majeure***
Certaines crises relationnelles peuvent entraîner une agitation importante, une perte de contrôle émotionnel, des comportements impulsifs, une incapacité à mentaliser ou une altération marquée du jugement. Dans ces situations, un arrêt bref peut favoriser la diminution de la dysrégulation, le retour à un fonctionnement réflexif minimal et la prévention d'agirs plus sévères.

3. ***Symptômes psychiatriques sévères compromettant temporairement le fonctionnement***
L'arrêt peut également être indiqué en présence d'un épisode dépressif majeur sévère, d'une décompensation anxieuse importante, d'un épisode psychotique, d'un trouble de stress post-traumatique aigu ou d'un trouble lié à l'usage de substances entraînant un risque immédiat.
L'objectif demeure toutefois de soutenir une récupération active et graduelle plutôt qu'un simple retrait passif du milieu de travail.

4. ***Risque professionnel immédiat***
Certaines situations nécessitent un retrait temporaire lorsque la sécurité de la personne ou celle d'autrui est compromise, lorsque les capacités attentionnelles sont gravement altérées ou lorsqu'il existe un risque élevé d'accident. Cela peut notamment concerner les conducteurs, les travailleurs opérant de la machinerie, les professionnels occupant des fonctions critiques ou les emplois impliquant des responsabilités importantes envers autrui.

5. ***Contextes professionnels temporairement toxiques ou traumatiques***
Dans certaines situations de harcèlement, de violence, d'intimidation ou de traumatisme récent, un arrêt de travail peut permettre une prise de distance, une stabilisation clinique ainsi que l'organisation d'interventions de soutien ou de protection. Toutefois, même dans ces contextes, l'objectif doit demeurer orienté vers une reprise, une réintégration adaptée ou une réorientation structurée (Rugulies et al., 2023 : Kertay et al., 2025).

Situations où l'arrêt de travail doit être utilisé avec prudence

1. ***Difficultés relationnelles chroniques sans désorganisation aiguë***
Chez plusieurs personnes présentant un trouble de la personnalité limite, les conflits avec les supérieurs, les collègues, les partenaires ou les institutions sont récurrents et s'inscrivent dans un mode de fonctionnement relationnel global. Dans ces situations, un arrêt systématique lors de chaque conflit risque de renforcer les mécanismes d'évitement, de consolider l'incapacité et d'empêcher le développement de nouvelles capacités adaptatives. Le travail thérapeutique devrait alors porter davantage sur la mentalisation, la régulation émotionnelle, la résolution de conflits et l'élaboration de stratégies relationnelles plus ajustées (Gunderson et al., 2011; Links et al., 2015; Bylotas et al., 2025).

*2. **Évitement anxieux***

L'anxiété tend généralement à diminuer à court terme lorsque la personne évite la situation anxiogène. Cependant, à moyen terme, l'évitement entretient la peur, augmente l'anticipation anxieuse et diminue progressivement le sentiment de compétence, de sorte qu'un arrêt prolongé motivé principalement par l'anxiété peut parfois contribuer involontairement au maintien du problème (Szuhany et al., 2022; Pittig et al., 2020; Knudsen et al, 2013; Fisker et al., 2022).

*3. **Arrêts répétés sans plan thérapeutique structuré***

Les cycles répétés d'arrêt, de prolongation, de tentative de retour puis de nouvel arrêt peuvent progressivement conduire à un épuisement relationnel, à une perte de confiance, à une détérioration de l'alliance thérapeutique et à une désorganisation identitaire importante. Dans ces situations, il devient essentiel de clarifier le cadre des rencontres médicales et vos limites, de réévaluer le diagnostic, d'identifier les facteurs maintenant la chronicité et de réorienter l'intervention vers une approche plus structurée (Mendez-Miller et al., 2022).

*4. **Invalidité prolongée sans perspective fonctionnelle***

Lorsque l'arrêt se prolonge durant plusieurs mois sans objectif clair de récupération fonctionnelle, plusieurs risques apparaissent, notamment la perte des routines, l'isolement, le désengagement social, la perte d'identité professionnelle, la précarisation financière et l'augmentation de la dépendance aux systèmes de soutien (Kertay et al., 2025). Chez certaines personnes, l'identité d'invalide peut progressivement se stabiliser comme mode d'organisation psychique, ce qui rend la reprise de l'activité de plus en plus difficile (Millward et al, 2005).

Illustration clinique 1 : détresse aiguë en contexte de conflit hiérarchique

Mme Élise, 32 ans, DEC en sciences humaines, employée dans le secteur bancaire, vit en couple depuis deux ans. Vous la suivez depuis cinq ans pour sa contraception. Elle a vécu une enfance difficile, des difficultés scolaires, des troubles liés à la consommation et à la promiscuité. Elle s'est stabilisée dans les dernières années. Elle consulte dans un état de détresse aiguë, décrivant une situation de harcèlement perçu au travail après un changement de superviseure. Le tableau associe insomnie, agitation, pleurs fréquents, perte d'appétit et idées agressives dirigées vers la supérieure immédiate, dans un contexte d'hypersensibilité au rejet, d'instabilité relationnelle et d'antécédents de consommation.

Conduite clinique

Dans un premier temps, l'hypothèse d'un trouble de personnalité limite décompensé versus chroniquement instable (Zanarini et al., 2016) est envisagée.

Après validation de la souffrance et de la charge émotionnelle (« c'est sûrement très éprouvant que de se sentir continuellement mal jugée par sa superviseure »), un bref arrêt de travail est proposé. L'intervention privilégie ici la contenance de la crise et l'accès rapide aux ressources de soutien, comme le PAE. Lors du rendez-vous subséquent, il apparaît que la situation est

multifactorielle. Le conjoint rechute sur le plan de sa consommation d'alcool et rentre tard le soir ce que Mme vit comme un rejet. Dans le cadre du suivi avec le PAE, Mme bénéficie d'un travail permettant de mettre en évidence des schémas relationnels récurrents, notamment une mère invalidante et un père alcoolique absent.

Malgré ces difficultés, Mme exprime le souhait de ne perdre ni son emploi ni son conjoint.
L'intervention privilégie ici la contenance de la crise, l'accès rapide aux ressources de soutien, y compris Al-Anon (en lien avec le conjoint consommateur), et le maintien d'une orientation vers le fonctionnement, notamment par l'exploration précoce avec la patiente d'accommodements, d'un changement d'équipe et d'un retour progressif, plutôt que par la seule recherche d'une disparition complète des symptômes. « Pendant votre arrêt de travail, vous pourrez débuter une démarche avec Al-Anon pour vous outiller dans la relation avec votre conjoint et on pourra demander des accommodements pour que votre retour au travail dans un mois se fasse dans des conditions gagnantes. »

2. Pendant l'arrêt de travail : utiliser les moyens pour favoriser l'activation comportementale

Le modèle de réadaptation vocationnelle invite à accepter la personne telle qu'elle est, sans attendre une guérison complète avant d'envisager une participation sociale significative. Il valorise les capacités résiduelles et considère les symptômes dans leur interaction avec les difficultés relationnelles et environnementales.

L'intervention doit être biopsychosociale et permettre d'évaluer le contexte de la personne : ses proches, son employeur, ses assureurs, ses représentants syndicaux, les professionnels de la santé et les ressources de réadaptation et d'employabilité éventuellement impliqués. Cette connaissance favorise une cohérence des interventions et limite les messages contradictoires pouvant fragiliser le processus.

L'arrêt de travail n'étant pas une parenthèse passive, il constitue un cadre temporel thérapeutique temporaire visant une récupération fonctionnelle. Dans cette perspective, l'arrêt doit être limité dans le temps et non d'une durée indéterminée, comporter des objectifs cliniques explicites, inclure un plan de suivi, favoriser des activités structurées et intégrer tôt une réflexion sur la reprise. Enfin, il est essentiel que la personne ait accès à des interventions thérapeutiques reconnues ainsi qu'à des mesures de soutien au retour au travail, telles que l'ergothérapie et le counseling en réadaptation. À défaut de ressources publiques, des ressources alternatives peuvent être mobilisées, notamment les programmes d'aide aux employés, les assurances privées ou les dispositifs d'accompagnement proposés par les assureurs. Il est possible d'inscrire dans le certificat d'arrêt de travail ou dans le rapport médical qu'il est souhaitable que la personne ait accès, par l'entremise de la compagnie d'assurance, à des services d'ergothérapie (ergothérapeute spécialisé en santé mentale), de counseling en réadaptation (conseiller en réadaptation) et de kinésithérapie (kinésithérapeute) afin de favoriser le retour au travail.

Le cadre conceptuel retenu s'appuie sur une lecture fonctionnelle de l'incapacité au travail, sur l'importance des facteurs psychosociaux dans le maintien de l'absence et sur les approches de réadaptation favorisant l'activation, la coordination interdisciplinaire et les accommodements graduels. Dans cette perspective, le travail peut représenter à la fois une source de contrainte et un vecteur de structuration, de participation sociale et de rétablissement, ce qui impose une évaluation nuancée de ses effets protecteurs et délétères.

La coordination entre les différentes parties prenantes — personne concernée, employeur, assureur, syndicat, professionnels de la santé et ressources de réadaptation — constitue un élément central de la récupération fonctionnelle et du retour au travail durable (Corbière et al., 2025). L'objectif est de maintenir une cohérence des interventions et d'éviter les messages contradictoires susceptibles d'augmenter la confusion, de fragiliser l'alliance thérapeutique ou de renforcer les comportements d'évitement (Russel et Kosny, 2019). Dans ce contexte, la présence d'un intervenant pivot mais aussi d'un proche peut grandement faciliter la circulation de l'information, la coordination des objectifs et la continuité du suivi.

Le risque de chronicisation après plusieurs mois d'arrêt

De manière générale, plusieurs personnes en arrêt de travail pour troubles mentaux courants reprennent leur activité dans un délai approximatif de trois mois. Lorsque l'absence se prolonge au-delà de cette période, il devient pertinent d'examiner les facteurs psychosociaux maintenant l'incapacité, les bénéfices secondaires éventuels, les dynamiques relationnelles, les craintes liées au retour et les mécanismes d'évitement progressivement installés. À ce stade, l'arrêt de travail peut parfois perdre sa fonction thérapeutique initiale et contribuer involontairement à l'inactivité, à l'isolement, à la désorganisation des rythmes de vie et à l'augmentation de l'anxiété anticipatoire (Fisker et al, 2022).

L'activation comportementale comme principe central

L'activation comportementale constitue un levier thérapeutique fondamental dans la prévention de la désinsertion professionnelle. Le principe consiste à aider progressivement la personne à maintenir une routine, à reprendre certaines activités, à restaurer un sentiment d'efficacité et à limiter le repli passif. Cette activation peut inclure des horaires structurés, des activités physiques, des responsabilités quotidiennes, des engagements sociaux, du bénévolat, des études ou des activités préparatoires au retour au travail, l'objectif n'étant pas une performance immédiate, mais le maintien d'un mouvement vers le fonctionnement (Hellerstein et al, 2015).

Réintroduire progressivement la notion de capacité

Chez certaines personnes en invalidité prolongée, le discours clinique peut progressivement devenir centré exclusivement sur les limitations, les symptômes, les incapacités ou les

traumatismes. Il devient alors important de réintroduire également une réflexion sur les capacités conservées, les ressources personnelles, les expériences de réussite et les possibilités d'adaptation. Cette approche ne vise pas à nier la souffrance, mais à éviter que toute l'identité de la personne ne se réduise progressivement à son statut d'invalide (Allen et al, 2020; Linden et al., 2017; Tse et al., 2016).

L'importance des objectifs concrets

Plus l'arrêt se prolonge, plus il devient utile d'établir des objectifs précis, des étapes intermédiaires et des indicateurs fonctionnels observables. Il peut s'agir, par exemple, de rétablir un rythme veille-sommeil, de sortir quotidiennement du domicile, de reprendre certaines activités sociales, de participer à des rencontres thérapeutiques, de maintenir une routine hebdomadaire ou de reprendre progressivement certaines responsabilités. Ces objectifs permettent de maintenir une orientation vers le mouvement plutôt que vers la passivité.

Illustration clinique 2 : dépression, alcool et risque professionnel

M. Carlos, 55 ans, est rencontré en consultation sans rendez-vous. Il travaille comme col bleu à la Ville de Montréal. Il s'agit de sa troisième consultation sans rendez-vous en deux semaines, et il refuse de prendre les médicaments prescrits, ne voulant pas enrichir les « big pharmas ». Son dossier met en évidence des traits de personnalité du groupe B. Il consulte à la suite d'une rupture conjugale; son épouse est partie visiter sa famille au Mexique, car M. a cessé de fréquenter les AA et a repris la consommation. Elle a menacé de le quitter définitivement. Depuis, il pleure, a augmenté de façon importante sa consommation d'alcool, présente des idées de mort passive, des troubles du sommeil et des difficultés de concentration. L'utilisation de machinerie lourde ajoute un enjeu immédiat de sécurité au travail.

Conduite clinique

Une hypothèse diagnostique de trouble lié à l'usage d'alcool et de trouble de personnalité NS est retenue. Autant la souffrance est validée, autant l'accent est mis sur la capacité de Mr à résoudre son problème.

Cette vignette met en évidence l'utilité d'un arrêt limité de deux semaines lorsqu'un trouble de l'humeur s'accompagne d'un risque professionnel concret. Elle montre aussi que la valeur thérapeutique de l'arrêt dépend de son inscription dans un plan explicite de mobilisation et de réduction de la consommation, avec un retour aux AA plusieurs fois par semaine. Il est convenu que M. Carlos doit apporter des jetons de présence lors du prochain rendez-vous dans deux semaines. Lors de la consultation suivante, M. Carlos annonce qu'il a repris les réunions des AA et qu'il est parvenu à joindre son épouse qui ne considère plus une séparation définitive. Il se présente avec des documents d'assurance. Remplir conjointement ces documents peut alors devenir un espace de clarification des limitations fonctionnelles, des capacités résiduelles et des objectifs de réadaptation. Une tension peut survenir lorsque vous mentionnez que vous devez

consigner le problème de consommation, sous peine de faute déontologique, et que lui-même risquerait une fausse déclaration auprès de ses assurances. « Je dois écrire que vous avez un problème de consommation car il contribue à votre état actuel. Je n'ai pas le choix. Ce serait de la fraude autrement de l'omettre. Mais je vais aussi écrire que vous avez entrepris des démarches auprès des AA et que le problème est en voie de rémission. Est-ce que ça vous semble refléter la situation ? » Vous lui soulignez également que cette mention peut lui donner accès à des services supplémentaires, comme une cure interne au besoin. L'arrêt de travail est prolongé d'un mois supplémentaire avec l'objectif explicite que M. Carlos planifie un retour progressif avec son employeur. Il devra clarifier ses attentes, discuter des changements survenus durant son absence, identifier les tâches prioritaires, planifier les modalités pratiques et convenir des mécanismes de suivi avec son supérieur immédiat. Cette étape contribue souvent à réduire l'anxiété anticipatoire, à limiter les malentendus et à restaurer un sentiment de contrôle.

3. Au moment du retour au travail

Dans plusieurs situations, les personnes craignent de ne pas être prêtes, de revivre l'échec, de perdre le contrôle ou d'être incapables de tolérer les exigences relationnelles du travail. Ces craintes doivent être reconnues et validées, mais également travaillées progressivement. Attendre une disparition complète de l'anxiété avant toute reprise risque souvent de renforcer l'évitement, d'augmenter la peur du retour et de compromettre davantage les capacités fonctionnelles. Le rôle du clinicien consiste donc à soutenir une progression réaliste, un niveau acceptable d'inconfort et une reprise graduelle du sentiment de compétence. La progression du retour au travail dépend notamment de la durée de l'arrêt complet. Après six mois d'arrêt, le retour peut, par exemple, s'échelonner lui aussi sur plusieurs mois, à raison d'une journée par semaine au départ pendant un mois, puis selon une augmentation graduelle à deux jours par semaine le mois suivant etc…

Chez les personnes présentant un trouble de la personnalité limite, le retour au travail peut réactiver des craintes de rejet, des expériences antérieures d'humiliation, des conflits d'autorité ou des sentiments d'incompétence et d'abandon. Le retour ne doit donc pas être considéré comme la simple fin d'un arrêt de travail, mais comme une phase clinique à part entière nécessitant préparation, soutien, coordination et ajustements progressifs.

La personne doit être encouragée à adopter une posture active dans le processus de reprise. Cela implique notamment de réfléchir à ses besoins, d'identifier les obstacles anticipés, de participer aux décisions et de développer progressivement sa capacité à négocier avec les différents acteurs impliqués. Le clinicien ne peut à lui seul déterminer les modalités concrètes du retour, les accommodements organisationnels ni les choix professionnels à long terme, de sorte que ces décisions nécessitent une collaboration impliquant la personne, l'employeur, les assureurs, les ressources de réadaptation et, parfois, les représentants syndicaux.
Il est souvent utile d'organiser une rencontre de concertation réunissant la personne, l'employeur, les professionnels impliqués et, lorsque pertinent, l'assureur ou les ressources de réadaptation. Le médecin agit alors comme facilitateur dans cette négociation. Cette rencontre

permet d'aligner les attentes, de clarifier les capacités fonctionnelles, d'identifier les accommodements possibles et de diminuer les malentendus, la personne devant idéalement demeurer au centre de cette démarche plutôt que d'en devenir un simple objet administratif.

Le retour progressif représente souvent la modalité la plus favorable, puisqu'il permet une exposition graduelle aux exigences du travail, la récupération progressive du sentiment de compétence et une diminution du risque de rechute ou d'échec brutal. Les modalités peuvent inclure une réduction temporaire des heures, une diminution de certaines tâches, des horaires flexibles, du télétravail partiel, une supervision accrue ou un retour graduel des responsabilités. Le plan doit demeurer réaliste, flexible, réévaluable et adapté aux capacités réelles de la personne.

Illustration clinique 3 : exemple de coordination clinique pour favoriser le retour au travail

Mme Germaine, 24 ans, technicienne en service social, vit en colocation. Elle n'est pas connue de votre clinique. Elle travaille comme intervenante au sein d'un organisme communautaire auprès de personnes en situation d'itinérance. Dans ce contexte professionnel, elle a fait l'expérience de harcèlement sexuel et de menaces de mort, il y a deux semaines. Elle a développé une symptomatologie aiguë marquée par une insomnie totale et des cauchemars récurrents. Elle demeure confinée dans sa chambre depuis l'événement et c'est sa colocataire, très inquiète, qui a dû la forcer à consulter. Les hypothèses diagnostiques initiales incluent un trouble de stress post-traumatique, un trouble d'adaptation ou un stress aigu. Devant l'anxiété désorganisante, une médication est débutée de type antipsychotique atypique à faible dose et un formulaire destiné à la CNESST est complété. Elle est orientée vers un centre de crise.

Après deux semaines, une anamnèse plus approfondie met en évidence un geste para suicidaire et un trouble d'usage d'alcool dans un contexte récent de rupture amoureuse. On note aussi des antécédents d'abus dans l'enfance. Le diagnostic s'oriente vers un trouble relationnel. Cette vulnérabilité relationnelle fait craindre une évolution vers l'évitement et la chronicisation. La patiente est orientée vers le CLSC en attendant l'évaluation de la CNESST, à laquelle elle est admissible. Elle bénéficie progressivement d'un soutien structuré. Après neuf mois, une amélioration fonctionnelle est observée au niveau de ses AVQ et des AVD. Toutefois, des symptômes résiduels sous forme d'hypervigilance et de flash-backs persistent et la patiente exprime encore une anxiété significative à l'idée d'un retour au travail. Elle formule une demande d'inaptitude permanente à exercer dans le domaine du service social.

Réorientation professionnelle

À ce stade, une discussion élargie avec les intervenants impliqués est indispensable.
Dans certaines situations, le retour au poste initial apparaît peu réaliste, peu soutenable ou potentiellement délétère pour le fonctionnement de la personne. Cependant, il est essentiel de

maintenir une position clinique favorisant l'engagement actif de la patiente dans le processus de réadaptation, tout en évitant de considérer un non-retour à un emploi comme une issue possible. Une réorientation professionnelle peut être envisagée lorsque le milieu est durablement toxique, que certaines exigences dépassent les capacités actuelles ou que des conflits répétés rendent improbable une réintégration satisfaisante. Cette démarche nécessite généralement une évaluation des capacités fonctionnelles, une réflexion identitaire, du counseling vocationnel et un accompagnement structuré. Des organismes tels que la CNESST, les programmes d'employabilité ou les services spécialisés en réadaptation professionnelle peuvent alors jouer un rôle important.

Dilemmes cliniques liés au retour au travail

Dilemme 1. Rôle bénéfique du travail versus arrêt de travail

Vignette clinique
M. J., 56 ans, comptable, consulte dans un contexte d'effondrement anxieux apparu après l'implantation de nouvelles normes technologiques dans son entreprise. Il présente une anxiété importante, de l'insomnie, des difficultés de concentration, une fatigue marquée et un sentiment d'incompétence croissant. Son histoire met en évidence des traits perfectionnistes importants, une forte valorisation identitaire du travail ainsi qu'une relation conjugale tendue, marquée par l'évitement émotionnel et le surinvestissement professionnel.

Analyse clinique
Ce tableau évoque principalement un trouble d'adaptation avec anxiété sur fond de vulnérabilité narcissique et perfectionniste. Le travail agit ici à la fois comme source de stress et comme principal organisateur identitaire et défensif, de sorte qu'un arrêt prolongé pourrait certes réduire temporairement l'anxiété, mais aussi déstabiliser davantage le fonctionnement psychique global. La recommandation clinique consiste donc moins à viser un simple soulagement symptomatique qu'à soutenir une récupération fonctionnelle par un arrêt bref, une psychothérapie orientée vers l'adaptation et une reprise progressive assortie d'accommodements temporaires, tels qu'une réduction transitoire de la charge de travail, des horaires flexibles, un soutien accru du superviseur ou une formation graduelle aux nouvelles procédures. Dans cette situation, éviter une rupture prolongée avec le travail constitue un objectif thérapeutique central. « Le travail est une source de revenu et de valorisation. Vous êtes une personne clé dans votre organisation. La situation actuelle dépasse vos capacités d'adaptation donc un arrêt de 1 semaine pourrait vous aider à reprendre votre souffle et ensemble, on peut élaborer un plan de retour qui vous permette de revenir sur des bases plus saines pour continuer à faire votre travail pour de nombreuses années sans tomber au combat.»

Dilemme 2. Conflit entre médecin traitant et expertise externe

Vignette clinique
Mme C., 40 ans, infirmière, est suivie par vous depuis plusieurs années. Elle présente un épuisement marqué, des symptômes anxiodépressifs, d'importantes difficultés familiales et une surcharge émotionnelle chronique. Un arrêt de travail a été prescrit depuis six mois, alors qu'une expertise mandatée par l'employeur conclut à une capacité de retour immédiat au travail.

Analyse clinique
Cette situation illustre une tension fréquente entre l'évaluation longitudinale du médecin traitant et l'évaluation ponctuelle de l'expert externe. Le médecin traitant dispose souvent d'une meilleure connaissance de la trajectoire clinique, des vulnérabilités relationnelles et du fonctionnement global, alors que l'expert évalue principalement les capacités fonctionnelles observables et la cohérence médico-administrative. De telles divergences peuvent entraîner des phénomènes de clivage, un sentiment de trahison, une rupture d'alliance ou une escalade conflictuelle, tout en exposant le clinicien au risque soit de s'opposer rigidement à l'expertise, soit d'abandonner sa propre lecture clinique. Dans ce contexte, le rôle du médecin traitant demeure d'évaluer le fonctionnement global, de documenter les limitations et de proposer un plan cohérent de réadaptation. Une position intermédiaire est souvent préférable, en évitant à la fois le maintien passif d'un arrêt total et un retour brutal sans soutien. L'organisation d'une rencontre de concertation peut alors favoriser l'alignement des attentes, réduire les tensions et permettre l'élaboration d'un retour progressif réaliste. « Je comprends votre détresse concernant la conclusion de cette expertise. C'est fâchant. Que pouvons-nous proposer comme plan de retour au travail réaliste pour maximiser nos chances de succès? »

Dilemme 3. Préserver l'alliance thérapeutique tout en maintenant un cadre

Vignette clinique
Mme P., 38 ans, employée de banque, présente des difficultés relationnelles chroniques, plusieurs séparations affectives, des arrêts de travail répétés et des retours au travail rapidement interrompus. Chaque crise relationnelle semble entraîner une désorganisation émotionnelle, une incapacité temporaire et une nouvelle demande d'arrêt.

Analyse clinique
Le tableau évoque fortement un trouble de la personnalité limite, avec hypersensibilité à l'abandon et instabilité relationnelle importante. Le risque clinique majeur réside dans le fait que les décisions d'arrêt peuvent progressivement s'organiser autour des dynamiques relationnelles plutôt qu'autour des limitations fonctionnelles réelles. En l'absence d'un cadre clair, le clinicien peut être entraîné dans des oscillations décisionnelles, les demandes d'arrêt peuvent devenir répétitives et l'alliance thérapeutique peut se fragiliser. Le contre-transfert tend alors à devenir intense, sous la forme d'un désir de sauver, de fatigue, d'irritation ou d'un sentiment d'impuissance. La recommandation clinique consiste à clarifier le diagnostic, à expliciter les

objectifs thérapeutiques et à établir un cadre prévisible permettant de distinguer les crises aiguës justifiant un arrêt temporaire des difficultés chroniques relevant plutôt d'un travail psychothérapeutique sans retrait systématique du travail. Le maintien de limites cohérentes protège ainsi à la fois la relation thérapeutique, le fonctionnement de la patiente et la qualité des décisions cliniques. « Depuis que je vous suis, c'est la troisième crise au travail qui vous amène à me demander un arrêt de travail et il me semble que ces répétitions doivent être souffrantes pour vous. Vous connaissez votre diagnostic et les troubles relationnels qu'il implique. Les circonstances sont pénibles mais votre façon de les gérer ne règle rien. Il est donc temps de vous inscrire au groupe de gestion des émotions dont je vous ai déjà parlé. Je peux pour la dernière fois vous signer un arrêt de travail d'une semaine le temps de prendre du recul et de vous inscrire à la thérapie »

Dilemme 4. Invalidité permanente versus réorientation professionnelle

Vignette clinique

Mme D., 48 ans, travaille depuis plusieurs années dans des emplois précaires de vente. Son parcours est marqué par des conflits interpersonnels répétés, des congédiements fréquents et de nombreux arrêts de travail. Toutefois, l'évolution récente montre une diminution de l'impulsivité, une meilleure stabilité familiale et une amélioration partielle du fonctionnement, alors même qu'elle demande maintenant une invalidité permanente.

Analyse clinique

Cette situation soulève une question clinique fondamentale : l'invalidité permanente protège-t-elle la personne ou risque-t-elle de figer durablement une identité d'incapacité? Chez certaines personnes, l'arrêt définitif du travail peut certes diminuer le stress immédiat, mais aussi réduire les possibilités futures de récupération fonctionnelle. Lorsqu'une amélioration clinique demeure possible, il peut être préférable d'explorer une réorientation professionnelle plutôt que de conclure trop rapidement à une invalidité définitive. Certaines adaptations, comme un milieu plus structuré, des tâches moins exposées aux conflits, des horaires plus stables ou des exigences relationnelles différentes, peuvent s'avérer davantage compatibles avec le profil de fonctionnement. Une collaboration avec les services de réadaptation, les programmes d'employabilité ou des ressources spécialisées peut alors devenir particulièrement utile. « C'est important de trouver un emploi qui met à profit vos compétences. Qui pourriez-vous consulter pour explorer des pistes de solution (ex orienteur, organismes qui offrent du soutien à l'emploi pour les personnes avec un trouble mental, ergothérapeute)? »

OUTILS ET INSTRUMENTS

Outils pour le médecin

- Évaluation médicale de la pertinence de l'arrêt de travail
- Évaluation par le travailleur social (avant ou à la suite de la prescription d'un arrêt de travail)
- Les phases du traitement
- Résumé – Évaluation médicale et outils
- Trucs pour bien remplir vos formulaires
- Guide des symptômes dépressifs versus l'atteinte fonctionnelle

Questionnaires et échelles de mesure

- PHQ-9
- Inventaire de Burns
- Questionnaire CAGE
- Échelle de Sheehan (SDS) – Échelle d'impact des symptômes
- WSAS-Echelle de fonctionnement

Outils destinés aux patients

- *Aller mieux à ma façon*
- Grille de réflexion pour le travailleur
- Stratégies antidépressives pour les travailleurs
- Feuillet *Lorsque vous êtes en arrêt de travail*
- Feuillet *Pour vous aider au retour au travail*

Proposés par l'approche STAT-C en santé mentale : https://www.gmfulevis.com/approche-stat

CONCLUSION

Dans le contexte des troubles de la personnalité, le retour au travail confronte fréquemment les cliniciens à des dilemmes où s'entrecroisent symptômes psychiatriques, enjeux relationnels, contraintes institutionnelles, considérations médico-légales et dynamiques contre-transférentielles. Ces situations ne peuvent être résolues à partir d'une logique strictement administrative ou symptomatique; elles exigent une analyse intégrant le fonctionnement global, la trajectoire de vie, les capacités adaptatives et la fonction psychologique que peut prendre l'arrêt de travail.

Un arrêt de travail ne peut jamais constituer une fin en soi. Dans cette clientèle en particulier, il tend même à devenir le principal symptôme à adresser, tant il structure l'expérience subjective de la souffrance et du fonctionnement.

Loin d'être un simple retrait, il doit être pensé comme un cadre thérapeutique à part entière, offrant une structure contenante autant pour le patient que pour le clinicien. Dans la mesure où

les manifestations des troubles de la personnalité sont fortement dépendantes du contexte relationnel et environnemental, un cadre clair, cohérent et prévisible contribue souvent à apaiser la désorganisation interne et à favoriser la capacité de mentalisation et d'autorégulation.

Dans cette perspective, le retour au travail ne représente pas l'aboutissement d'une guérison complète, mais s'inscrit comme une composante centrale du processus de rétablissement. Il réintroduit une perspective, soutient l'espoir d'une reprise fonctionnelle et participe à la restauration progressive de la confiance en ses capacités.

La collaboration entre les différents acteurs impliqués est dès lors essentielle. L'évaluation de l'invalidité et la planification du retour au travail s'inscrivent dans une démarche idéalement interdisciplinaire, où les rôles de chacun sont clarifiés et complémentaires. Le médecin a la responsabilité de faciliter la communication entre les parties prenantes, tout en veillant à maintenir une cohérence clinique dans les recommandations.

Toutefois, le patient demeure le principal acteur de son processus de rétablissement. Un clinicien qui soutient cette dynamique de manière confiante l'encourage à s'approprier activement son retour au travail, à en structurer les étapes et à participer pleinement à la reconstruction progressive de son autonomie fonctionnelle.

RÉFÉRENCES

Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2020). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry, 26*(4), 392–407.

Alvarez-Tomas, I., Soler, J., Bados, A., Martin-Blanco, A., Elices, M., & Pascual, J. C. (2019). Long-term course of borderline personality disorder: A prospective 10-year follow-up study. *Journal of Personality Disorders, 33*(5), 590–605.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2015). Borderline personality disorder and mood disorders: Mentalizing as a framework for integrated treatment. *Journal of Clinical Psychology, 71*(8), 792–804.

Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C., & Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *The Lancet, 398*(10310), 1528–1540.

Bora, E., Berk, M., & Özerdem, A. (2021). A meta-analysis of mentalizing in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 144*(3), 232–251.

Burdorf, A., Rugulies, R., & Wahrendorf, M. (2023). The effect of work on health and well-being. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 49*(1), 1–4.

Bylotas, J., Cherubini, M. K., & Dixon, M. A. (2025). Dialectical Behavior Therapy: A Brief Counseling Skill for Clinical Practice. American Family Physician, 112(1), 88-90.

Chanen, A. M., Sharp, C., & Hoffman, P. (2022). Global Alliance for Prevention and Early Intervention for Borderline Personality Disorder: Prevention and early intervention for borderline personality disorder: A novel public health priority. *World Psychiatry, 16*(2), 215–216.

Chao, S. F. (2014). Functional disability and depressive symptoms: longitudinal effects of activity restriction, perceived stress, and social support. Aging & mental health, 18(6), 767-776.

Collins, A., Barnicot, K., & Sen, P. (2020). A systematic review and meta-analysis of personality disorder prevalence and patient outcomes in emergency departments. *Journal of Personality Disorders, 34*(3), 324–347. https://doi.org/10.1521/pedi*201832400*

Corbière, M., et al. (2025). [Référence citée dans le texte; détails bibliographiques complets non fournis dans le document source.]

De Meulemeester, C., Vansteelandt, K., Luyten, P., & Desmet, M. (2017). Identity diffusion in borderline personality disorder: A narrative review. *Psychoanalytic Psychology, 34*(1), 69–79.

Department of Veterans Affairs, Department of Defense. (2023). *VA/DoD clinical practice guideline for the management of major depressive disorder*. Department of Veterans Affairs.

Dhar, M., et al. (2023). [Référence citée dans le texte; détails bibliographiques complets non fournis dans le document source.]

Dunn, E. C., Wewiorski, N. J., & Rogers, E. S. (2008). The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: Results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 32*(1), 59–62.

Fisker, J., Hjorthøj, C., Hellström, L., Mundy, S. S., Rosenberg, N. G., & Eplov, L. F. (2022). Predictors of return to work for people on sick leave with common mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 95*(7), 1–13.

Frank, E., Kupfer, D. J., Thase, M. E., Mallinger, A. G., Swartz, H. A., Fagiolini, A. M., ... & Monk, T. (2008). Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry, 62*(9), 996–1004.
Galvez-Merlin A, Lopez-Villatoro JM, de la Higuera-Gonzalez P, de la Torre-Luque A, Reneses-Prieto B, Diaz-Marsa M, Carrasco JL. "Social Cognition Deficits in Borderline Personality Disorder: Clinical Relevance." Psychiatry Research. 2024;331:115675.
Geddes, J. R., & Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *The Lancet, 381*(9878), 1672–1682.
Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., ... & Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: Psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Archives of General Psychiatry, 68*(8), 827–837.
Hastrup, L. H., Kongerslev, M. T., & Simonsen, E. (2019). Low vocational outcome among people diagnosed with borderline personality disorder during first admission to mental health services in Denmark: A nationwide 9-year register-based study. *Journal of Personality Disorders, 33*(6), 811–827.
Hellerstein, D. J., Erickson, G., Stewart, J. W., McGrath, P. J., Hunnicutt-Ferguson, K., Reynolds, S. K., ... & Chen, Y. (2015). Behavioral activation therapy for return to work in medication-responsive chronic depression with persistent psychosocial dysfunction. *Comprehensive Psychiatry, 57*, 140–147.
Jańczak, M. O., Górska, D., Jurek, P., & Taubner, S. (2025). Self–Other Mentalizing and Attachment Insecurity in the Dimensional Model of Personality Disorders: From Research to Clinical Practice. Clinical Psychology & Psychotherapy, 32(6), e70172.
Kertay, L., Caruso, G. M., Baker, N. A., Christian, J. H., Cook, J. L., Das, R., ... & Hegmann, K. T. (2025). Work disability prevention and management. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 67(4), e267-e280.
Knudsen, A. K., Harvey, S. B., Mykletun, A., & Øverland, S. (2013). Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population: The Hordaland Health Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 127*(4), 287–297.
Komasi, S., et al. (2025). [Référence citée dans le texte; détails bibliographiques complets non fournis dans le document source.]
Leichsenring, F., Heim, N., Leweke, F., Spitzer, C., Steinert, C., & Kernberg, O. F. (2023). Borderline personality disorder: A review. *JAMA, 329*(8), 670–679.
Linden, M., Baron, S., & Muschalla, B. (2017). Mini-ICF-APP: A short instrument for the assessment of disabilities in mental disorders. *Die Rehabilitation, 48*(1), 1–7.
Links, P. S., Ross, J., & Gunderson, J. G. (2015). Promoting good psychiatric management for patients with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 71*(8), 753–763.
Mendez-Miller, M., Naccarato, J., & Radico, J. A. (2022). Borderline personality disorder. American family physician, 105(2), 156-161.
Millward, L. J., Lutte, A., & Purvis, R. G. (2005). Depression and the perpetuation of an incapacitated identity as an inhibitor of return to work. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12*(5), 565–573.
Myhrer, A., et al. (2026). [Référence citée dans le texte; détails bibliographiques complets non fournis dans le document source.]

Nagata, T., et al. (2022). [Référence citée dans le texte; détails bibliographiques complets non fournis dans le document source.]
Noordik, E., van der Klink, J. J. L., Klingen, E. F., Nieuwenhuijsen, K., & van Dijk, F. J. H. (2010). Exposure-based return-to-work intervention for workers on sick leave due to common mental disorders: A cluster-randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 36*(6), 488–498.
Østby, K. A., Czajkowski, N., Knudsen, G. P., Ystrom, E., Gjerde, L. C., Kendler, K. S., ... & Reichborn-Kjennerud, T. (2014). Personality disorders are important risk factors for disability pensioning. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*(12), 2003–2011.
Pittig, A., Treanor, M., LeBeau, R. T., & Craske, M. G. (2020). The role of associative fear and avoidance learning in anxiety disorders: Gaps and directions for future research. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 88*, 117–140.
Rugulies, R., Aust, B., Greiner, B. A., Arensman, E., Kawakami, N., LaMontagne, A. D., & Madsen, I. E. (2023). Work-related causes of mental health conditions and interventions for their improvement in workplaces. The Lancet, 402(10410), 1368-1381.
Russel, E., & Kosny, A. (2019). Communication and collaboration among return-to-work stakeholders. *Disability and Rehabilitation, 41*(22), 2630–2639.
Schmaling, K. B., & Fales, J. L. (2021). The association between personality disorder features and physical health in primary care. *Journal of Psychosomatic Research, 148*, 110558.
Soeteman, D. I., Hakkaart-van Roijen, L., Verheul, R., & Busschbach, J. J. V. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*(2), 259–265.
Soini, E., et al. (2025). [Référence citée dans le texte; détails bibliographiques complets non fournis dans le document source.]
Standal, K., Solbakken, O. A., Rugkåsa, J., Martinsen, A. R., Halvorsen, M. S., Abbass, A., & Heiervang, K. S. (2021). Why service users choose to be on long-term sick leave: A qualitative study. *BMC Health Services Research, 21*(1), 1–12.
Stoffers-Winterling, J. M., Storebø, O. J., Pereira Ribeiro, J., Kongerslev, M. T., Völlm, B. A., Mattivi, J. T., ... & Lieb, K. (2022). Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).
Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., ... & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
Streibelt, M., & Bethge, M. (2018). Return to work? Identification of need for occupational rehabilitation using the Work Ability Index. *Rehabilitation, 57*(1), 7–15.
Szuhany, K. L., & Simon, N. M. (2022). Anxiety disorders: A review. *JAMA, 328*(24), 2431–2445.
Torres Stone, R. A., Sabella, K., Lidz, C. W., McKay, C., & Smith, L. M. (2018). The meaning of work for young adults diagnosed with serious mental health conditions. Psychiatric rehabilitation journal, 41(4), 290.
Tse, S., Tsoi, E. W., Hamilton, B., O'Hagan, M., Shepherd, G., Slade, M., ... & Petrakis, M. (2016). Uses of strength-based interventions for people with serious mental illness: A critical review. International Journal of Social Psychiatry, 62(3), 281-291.

Vogel, N., Schandelmaier, S., Zumbrunn, T., Ebrahim, S., de Boer, W. E. L., Busse, J. W., & Kunz, R. (2017). Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
Wright, A. G. C., & Ringwald, W. R. (2023). Personality disorders as interpersonal disorders. In *The Oxford handbook of personality disorders* (2nd ed.). Oxford University Press.
Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hein, K. E., Glass, I. V., & Fitzmaurice, G. M. (2024). Sustained symptomatic remission and recovery and their loss among patients with borderline personality disorder and patients with other types of personality disorders: A 24-year prospective follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry, 85*(1).
Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. M. (2016). Fluidity of the subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *American Journal of Psychiatry, 173*(7), 688–694.

Rôle de l'ergothérapie dans l'arrêt, le retour et le maintien au travail

Julie Massé, M.Sc., Ergothérapeute

Pourquoi impliquer un ergothérapeute en santé mentale?
L'ergothérapeute en santé mentale possède une expertise unique à l'intersection du fonctionnement de la personne, des exigences du travail et de l'environnement organisationnel. Son rôle ne se limite pas à la préparation du retour au travail : il s'étend en amont (pendant l'arrêt) et en aval (maintien durable en emploi).

Pendant l'arrêt de travail
L'ergothérapeute peut intervenir dès la période d'arrêt pour :

- Évaluer les capacités fonctionnelles de travail (concentration, tolérance au stress, gestion des interactions, endurance cognitive et émotionnelle)
- Identifier les obstacles occupationnels au retour, qu'ils soient liés à la personne (évitement, perte de confiance, dysrégulation émotionnelle), au poste (charge de travail, climat relationnel) ou à l'environnement organisationnel (soutien du gestionnaire, flexibilité des conditions)
- Soutenir l'activation comportementale par la structuration d'un horaire quotidien incluant des activités significatives (responsabilités domestiques, activité physique, bénévolat, études)
- Recommander des accommodements en vue du retour progressif

L'adéquation personne-environnement-travail
Le succès du retour au travail et du maintien en emploi dépend rarement de la seule amélioration des symptômes. Il repose sur l'interaction dynamique entre trois facteurs : les capacités de la personne, les exigences du poste et l'environnement organisationnel. Parmi les facteurs organisationnels déterminants, la littérature identifie le soutien du superviseur et des collègues, les accommodements au travail et la tension liée aux exigences du poste comme des prédicteurs communs du retour au travail, tant pour les troubles musculosquelettiques que pour les troubles mentaux courants.

Dans le TPL spécifiquement, les principaux obstacles à l'emploi incluent une image de soi fragile, la difficulté à poser des limites personnelles, la dysrégulation émotionnelle et le manque de structure. Les facilitateurs identifiés comprennent l'amélioration de la régulation émotionnelle et de la capacité d'autoréflexion par le traitement, ainsi qu'une meilleure collaboration entre les services de santé mentale et de réadaptation professionnelle (Juurlink et al. 2019).
L'ergothérapeute en santé mentale est en mesure d'évaluer l'ensemble de ces facteurs et d'intervenir lorsqu'un obstacle est identifié, que ce soit avant, pendant l'arrêt de travail ou après le retour.

Le concept de marge de manœuvre
La marge de manœuvre désigne l'espace d'ajustement dont dispose un travailleur pour adapter son activité de travail en fonction de ses capacités et des exigences du poste. Ce concept, développé notamment par l'équipe de Marie-Josée Durand à l'Université de Sherbrooke, permet de prendre en compte simultanément les variations de l'état de santé et les contraintes du travail, ainsi que l'interaction entre les deux.

Les travaux de Durand et collaborateurs ont identifié six dimensions de la marge de manœuvre : le contexte de travail, les exigences et attentes de l'employeur, les moyens et outils disponibles, les paramètres personnels du travailleur, l'activité de travail elle-même et les impacts de la situation de travail (Durand et al., 2009, 2003; Loisel et al.,1994). Une marge de manœuvre insuffisante est fortement associée à l'échec du retour au travail : dans une étude exploratoire, les travailleurs étaient 8,5 fois moins susceptibles de retourner au travail lorsque la marge de manœuvre était jugée insuffisante (Coutu et al., 2024).

Bien que ces travaux aient été développés initialement dans le contexte des troubles musculosquelettiques et des troubles mentaux courants, l'approche est cliniquement pertinente pour les personnes présentant un TPL, chez qui la sensibilité aux exigences relationnelles, la rigidité des conditions de travail et le manque de flexibilité organisationnelle constituent des facteurs de vulnérabilité majeurs (Kernot et al., 2023).

L'outil ORTESES (Outil de mesure des Restrictions au Travail pour les Employés en arrêt de travail pour un trouble de Santé mentale), développé par l'équipe de Durand, est un questionnaire qui permet à la personne d'identifier les obstacles perçus à son retour ou à son maintien au travail. Il soutient la réflexion de la personne et facilite les échanges entre le travailleur, les intervenants et les autres partenaires impliqués dans le processus de retour au travail.

Planification du retour progressif
L'ergothérapeute contribue à la planification du retour progressif en :

- Évaluant l'adéquation entre les capacités actuelles de la personne et les exigences du poste
- Proposant un plan de retour gradué (horaires, tâches, niveau de responsabilité) adapté au profil fonctionnel
- Recommandant des accommodements concrets (aménagement des horaires, réduction temporaire de la charge, modification des interactions avec la clientèle, ajustement de l'environnement physique)
- Travaillant des stratégies spécifiques aux enjeux relationnels au travail : réception de rétroactions, affirmation de soi, gestion des conflits interpersonnels — des compétences souvent déterminantes dans le succès du retour au travail et du maintien en emploi des personnes présentant un TPL

Le maintien durable en emploi :
La phase suivant le retour à temps complet est souvent aussi déterminante que le retour lui-même, mais elle demeure moins couverte dans les pratiques habituelles. Un accompagnement

par un ergothérapeute (ou un autre professionnel) après la reprise à temps complet permet de prévenir les rechutes en agissant sur plusieurs leviers :

- Identifier les signes précurseurs d'une détérioration (augmentation de l'irritabilité, isolement progressif, difficultés de concentration, conflits relationnels récurrents)
- Élaborer un plan d'action personnalisé lorsque les symptômes réapparaissent, incluant des stratégies de régulation émotionnelle applicables en milieu de travail
- Explorer des stratégies de prévention des rechutes adaptées au contexte professionnel
- Surveiller et ajuster la marge de manœuvre au fil du temps, en tenant compte de l'évolution des exigences du poste et de l'état de la personne

L'équilibre occupationnel et la gestion de l'énergie

Un piège fréquent lors du retour au travail est la réduction progressive des activités de récupération, de loisirs et de vie sociale au profit des exigences professionnelles. Ce déséquilibre occupationnel augmente le risque de rechute. L'ergothérapeute peut aider la personne à :

- Maintenir un équilibre entre les activités productives (travail), les activités de soins personnels, les loisirs et les engagements sociaux
- Développer des stratégies de gestion de l'énergie lors du retour au travail (priorisation des tâches, alternance entre activités exigeantes et activités de récupération, reconnaissance des signaux de fatigue)
- Préserver les acquis thérapeutiques (routines de régulation émotionnelle, activité physique, réseau social) malgré les contraintes du retour à temps complet

En résumé

L'ergothérapeute en santé mentale intervient à chaque étape du processus-arrêt, retour progressif et maintien-en évaluant l'interaction personne-environnement-travail et en agissant sur les obstacles modifiables. Son rôle est particulièrement pertinent dans le TPL, où les enjeux relationnels, identitaires et de régulation émotionnelle se manifestent de façon marquée dans le contexte professionnel.

Questionnaire :

Obstacles au retour au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter-troubles mentaux courants (ORTESES-TMC)

Références :

Bouffard, J., Durand, M.-J. et Coutu, M.-F. (2019). Adaptation of a guide to equip employers to manage the gradual return to work of individuals with a musculoskeletal disorder. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *29*(3), 519–536. https://doi.org/10.1007/s10926-018-9821-8

Coutu, M.-F., Durand, M.-J., O'Hagan, F., Bhatt, M., Bhéreur, P. et Bhatt, M. (2024). Workers' worries, pain, psychosocial factors, and margin of manoeuvre, in relation to outcomes in a return-to-work program: An exploratory study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *34*(3), 573–585. https://doi.org/10.1007/s10926-023-10155-z

Durand, M.-J., Vézina, N., Baril, R., Loisel, P., Richard, M.-C. et Ngomo, S. (2009). Margin of manoeuvre indicators in the workplace during the rehabilitation process: A qualitative analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *19*(2), 194–202. https://doi.org/10.1007/s10926-009-9173-4

Durand, M.-J., Vézina, N., Baril, R., Loisel, P., Richard, M.-C. et Ngomo, S. (2010). Relationship between the margin of manoeuvre and the return to work after a long-term absence due to a musculoskeletal disorder: An exploratory study. *Disability and Rehabilitation*, *33*(13-14), 1245–1252. https://doi.org/10.3109/09638288.2010.526164

Durand, MJ (2025). Composantes clefs d'un programme de réadaptation au travail efficient en 2025. Récupéré le 14 juillet 2025 sur www.oeq.org

Juurlink, T. T., Vukadin, M., Stringer, B., Westerman, M. J., Lamers, F., Anema, J. R., Beekman, A. T. F. et van Marle, H. J. F. (2019). Barriers and facilitators to employment in borderline personality disorder: A qualitative study among patients, mental health practitioners and insurance physicians. *PLoS ONE*, *14*(7), e0220233. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220233

Kernot, J., Baker, A., Oster, C., Petrakis, M. et Dawson, S. (2023). Employment interventions to assist people who experience borderline personality disorder: A scoping review. *The International Journal of Social Psychiatry*, *69*(8), 1847–1858. https://doi.org/10.1177/00207640231191045

Labourot, J., Hong, Q. N., Briand, C., Bhéreur, P., Bhatt, M. et Durand, M.-J. (2024). Acceptability and exploratory effects of an occupational therapy intervention to improve recovery and return to work of workers with mental health disorders in primary care: A mixed methods study protocol. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1456789. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1456789

Loisel, P., Durand, M.-J., Diallo, B., Vachon, B., Charpentier, N. et Labelle, J. (2003). From evidence to community practice in work rehabilitation: The Quebec experience. *The Clinical Journal of Pain*, *19*(2), 105–113. https://doi.org/10.1097/00002508-200303000-00005

Loisel, P., Durand, P., Abenhaim, L., Gosselin, L., Simard, R., Turcotte, J. et Esdaile, J. M. (1994). Management of occupational back pain: The Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. *Occupational and Environmental Medicine*, *51*(9), 597–602. https://doi.org/10.1136/oem.51.9.597

Rugulies, R., Aust, B., Greiner, B. A., Arensman, E., Kawakami, N., LaMontagne, A. D. et Madsen, I. E. H. (2023). Work-related causes of mental health conditions and interventions for their improvement in workplaces. *The Lancet*, *402*(10410), 1368–1381. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00869-3

Therrien, P. (2025). Arrêt de travail : les clés pour favoriser un retour durable. Récupéré le 14 juillet 2026 sur https://www.preventionautravail.com/arret-travail-favoriser-retour-durable/

Villotti, P., Gragnano, A., Larivière, C., Negrini, A., Dionne, C. E. et Bhatt, M. (2021). Tools appraisal of organizational factors associated with return-to-work in workers on sick leave due to musculoskeletal and common mental disorders: A systematic search and review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *31*(1), 7–25. https://doi.org/10.1007/s10926-020-09902-1

GUIDE CLINIQUE POUR LES MÉDECINS DE FAMILLE : RETOUR AU TRAVAIL CHEZ LES PERSONNES PRÉSENTANT UN TPL EN RÉSUMÉ

Les enjeux cliniques du retour au travail chez les personnes présentant un trouble de personnalité limite?

Chez les personnes présentant un TPL, la souffrance psychologique, l'impulsivité, les difficultés relationnelles et les comportements suicidaires peuvent entraîner des périodes d'incapacité au travail. Toutefois, l'enjeu principal ne réside pas uniquement dans la réduction des symptômes, mais dans la préservation ou la restauration du fonctionnement psychosocial.

Même lorsque les symptômes s'améliorent, les difficultés à maintenir des relations stables, à assumer des rôles sociaux ou à occuper un emploi peuvent persister. Le fonctionnement psychosocial constitue donc un indicateur essentiel du rétablissement.

Le travail représente un important facteur de rétablissement. Il contribue à l'identité, à l'estime de soi, à l'autonomie financière, à l'organisation du quotidien et à l'intégration sociale. À l'inverse, un arrêt de travail prolongé peut favoriser l'isolement, le désengagement social, la perte des routines, l'évitement anxieux et le développement d'une identité d'invalidité. La prévention de la désinsertion professionnelle doit ainsi être considérée comme une composante importante du traitement.

Principes à considérer

•Évaluer les capacités fonctionnelles plutôt que la seule présence de symptômes.

•Considérer l'arrêt de travail comme une intervention thérapeutique active, limitée dans le temps et intégrée à un plan de réadaptation.

•Distinguer une incapacité fonctionnelle réelle d'une crise relationnelle, d'un conflit au travail ou d'un processus d'évitement susceptible d'être renforcé par l'arrêt.

•Reconnaître la souffrance du patient sans médicaliser excessivement des difficultés existentielles, relationnelles ou contextuelles.

•Maintenir un cadre clinique clair, cohérent et prévisible malgré les pressions relationnelles ou les réactions contre-transférentielles.

•Favoriser le maintien ou le retour aux rôles sociaux et professionnels lorsque cela est cliniquement possible.

•Viser un fonctionnement suffisamment stable pour permettre une participation sociale significative, plutôt que l'absence complète de symptômes.

Échelles et outils de mesure recommandés

Évaluation des symptômes

- PHQ-9
- Inventaire de Burns
- Questionnaire CAGE

Évaluation du retentissement fonctionnel

- Échelle d'impact fonctionnel de Sheehan (SDS)
- Guide des symptômes dépressifs versus l'atteinte fonctionnelle

L'évaluation fonctionnelle doit compléter l'évaluation symptomatique et guider les décisions relatives à l'arrêt et au retour au travail.

Étapes de la démarche clinique

1. Évaluation initiale

- Évaluer les symptômes psychiatriques, les facteurs de risque et le fonctionnement psychosocial.
- Analyser les exigences du poste de travail.
- Déterminer les limitations fonctionnelles réelles et leurs répercussions sur le travail.

2. Décision concernant l'arrêt de travail

- Déterminer si l'incapacité est significative, temporaire et documentée.
- Définir des objectifs fonctionnels précis.
- Prévoir une durée limitée et des réévaluations régulières.

3. Réadaptation et traitement

- Favoriser le développement des capacités d'adaptation.
- Maintenir les routines quotidiennes et la participation sociale.
- Soutenir les interventions psychothérapeutiques et interdisciplinaires.

4. Préparation du retour au travail

- Réévaluer les capacités fonctionnelles.
- Identifier les accommodements nécessaires.
- Élaborer un plan de retour progressif lorsque pertinent.

5. Retour au travail et suivi

- Assurer un suivi régulier centré sur le fonctionnement.
- Ajuster le plan selon l'évolution clinique.
- Considérer, dans certains cas, une réorientation professionnelle plutôt qu'une invalidité prolongée.

Outils disponibles

Pour les médecins

- Évaluation médicale de la pertinence de l'arrêt de travail.
- Évaluation psychosociale par le travailleur social avant ou après la prescription d'un arrêt.
- Les phases du traitement.
- Résumé – Évaluation médicale et outils.
- Trucs pour bien remplir les formulaires médicaux.

Pour soutenir le rétablissement et le retour au travail

- Aller mieux à ma façon.
- Grille de réflexion pour le travailleur.
- Stratégies antidépressives pour les travailleurs.
- Feuillet lorsque vous êtes en arrêt de travail.
- Feuillet pour vous aider au retour au travail.

Message clé

Chez les personnes présentant un TPL, le retour au travail ne doit pas être envisagé comme l'étape finale du traitement, mais comme une composante du processus de rétablissement. Les décisions cliniques doivent reposer sur l'évaluation du fonctionnement psychosocial et viser à prévenir la désinsertion professionnelle tout en favorisant une reprise graduelle et durable des rôles sociaux et professionnels.

RETOUR AU TRAVAIL ET TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE (TPL)

Guide clinique pour les médecins de famille

Le travail n'est pas seulement une obligation : c'est un vecteur majeur de rétablissement et de participation sociale.

1. LE RETOUR AU TRAVAIL : UN LEVIER DE RÉTABLISSEMENT ET DE PARTICIPATION SOCIALE

Le TPL est fréquent, associé à une souffrance psychique importante, à des comportements impulsifs, à des conduites suicidaires et à une altération persistante du fonctionnement psychosocial.

Le travail : un facteur protecteur

- ✓ Soutient l'identité et l'estime de soi
- ✓ Favorise l'autonomie financière
- ✓ Structure le quotidien et les routines
- ✓ Renforce l'appartenance sociale
- ✓ Inscrit dans des réseaux de reconnaissance

Les risques d'un arrêt de travail prolongé

- ✗ Isolement et désengagement social
- ✗ Perte des routines et des repères
- ✗ Évitement anxieux
- ✗ Fixation d'une identité d'invalidité
- ✗ Diminution des capacités fonctionnelles

Même si les symptômes s'améliorent, les atteintes fonctionnelles peuvent persister. Le fonctionnement psychosocial (relations, rôles sociaux, travail, études) est un indicateur clé du rétablissement.

2. PRINCIPES À CONSIDÉRER

- Évaluer les capacités fonctionnelles plutôt que la seule présence de symptômes.
- Considérer l'arrêt de travail comme une intervention thérapeutique active, limitée dans le temps et intégrée à un plan de réadaptation.
- Distinguer une incapacité fonctionnelle réelle d'une crise relationnelle, d'un conflit au travail ou d'un processus d'évitement susceptible d'être aggravé par l'arrêt.
- Reconnaître la souffrance du patient sans médicaliser excessivement des difficultés existentielles, relationnelles ou contextuelles.
- Être attentif au contre-transfert et aux pressions relationnelles : maintenir un cadre clinique clair, cohérent et prévisible.
- Favoriser le maintien ou le retour aux rôles sociaux et professionnels lorsque cela est cliniquement possible.
- Viser un fonctionnement suffisamment stable pour permettre une participation significative, plutôt que l'absence complète de symptômes.

3. LES ÉTAPES DE LA DÉMARCHE CLINIQUE

1 ÉVALUATION INITIALE

- Symptômes psychiatriques
- Risques (suicidaires, automutilation, impulsivité)
- Facteurs de stress professionnels
- Capacités et limitations fonctionnelles
- Exigences du poste

2 DÉCISION CONCERNANT L'ARRÊT DE TRAVAIL

- Incapacité significative, temporaire et documentée
- Objectifs fonctionnels précis
- Durée limitée
- Réévaluations régulières

3 RÉADAPTATION ET TRAITEMENT

- Stabilisation clinique
- Développement des stratégies d'adaptation
- Maintien des routines quotidiennes
- Interventions psychothérapeutiques et interdisciplinaires

4 PRÉPARATION DU RETOUR

- Réévaluation des capacités résiduelles
- Identification des accommodements nécessaires
- Plan de retour progressif

5 RETOUR AU TRAVAIL ET SUIVI

- Reprise graduelle des tâches
- Ajustements selon l'évolution
- Suivi régulier centré sur le fonctionnement
- Réorientation professionnelle possible si nécessaire

La coordination avec le patient, l'équipe de soins, l'employeur et les assureurs favorise un retour durable et sécuritaire.

4. ÉCHELLES ET OUTILS DE MESURE

ÉVALUATION DES SYMPTÔMES

- **PHQ-9** — Dépistage et sévérité des symptômes dépressifs
- **Inventaire de Burns** — Intensité des symptômes dépressifs
- **Questionnaire CAGE** — Dépistage des problèmes liés à l'alcool

ÉVALUATION DU RETENTISSEMENT FONCTIONNEL

- **Échelle de Sheehan (SDS)** — Évalue l'impact des symptômes sur le travail, les études, la vie sociale et la vie familiale
- **Guide des symptômes dépressifs versus l'atteinte fonctionnelle** — Aide à distinguer l'impact des symptômes de l'atteinte fonctionnelle réelle

L'évaluation fonctionnelle doit compléter l'évaluation symptomatique et guider les décisions liées à l'arrêt et au retour au travail.

5. OUTILS DISPONIBLES

POUR LES MÉDECINS

1. Évaluation médicale de la pertinence de l'arrêt de travail
2. Évaluation psychosociale par le travailleur social avant ou après la prescription d'un arrêt de travail
3. Les phases du traitement
4. Résumé – Évaluation médicale et outils
5. Trucs pour bien remplir les formulaires médicaux

POUR SOUTENIR LE RÉTABLISSEMENT ET LE RETOUR AU TRAVAIL

6. Aller mieux à ma façon
7. Grille de réflexion pour le travailleur
8. Stratégies antidépressives pour les travailleurs
9. Feuillet lorsque vous êtes en arrêt de travail
10. Feuillet pour vous aider au retour au travail

MESSAGE CLÉ



Chez les personnes présentant un TPL, le retour au travail ne doit pas attendre l'absence complète de symptômes. Il s'agit d'un processus clinique à part entière, visant la reprise graduelle d'un fonctionnement suffisamment stable pour soutenir la participation sociale et professionnelle.

La prévention de la désinsertion professionnelle fait pleinement partie du traitement.

Ce guide vise à soutenir la prise de décision clinique et à outiller les médecins de famille dans l'accompagnement de leurs patients vers un retour au travail durable, sécuritaire et porteur de sens.