



GUIDE

TROUBLES DE SANTÉ MENTALE ET TRAVAIL

Auteur(e)s :

Anne-Catherine Dubuc ¹

Clara Deudon ²

Mariève Pelletier ³

Émilie Giguère ³

Samantha Barriault ⁴

1. Chargée d'enseignement, École de counseling et d'orientation

2. Étudiante à la maîtrise en sciences de l'orientation

3. Professeures, École de counseling et d'orientation

4. Étudiante au doctorat en sciences de l'orientation



26 janvier 2026

Table des matières

Introduction.....	5
Diversité des problématiques de santé mentale.....	5
Principaux troubles de santé mentale.....	8
1. Les troubles anxieux.....	8
1.1 L'anxiété généralisée.....	9
1.2 Le trouble panique.....	10
1.3 Anxiété sociale (ou phobie sociale).....	12
1.4 Impact des troubles anxieux sur le travail.....	13
1.5 Stratégies d'accompagnement pour les personnes vivant avec un trouble anxieux.....	13
2. Les troubles dépressifs.....	14
1.1 Les types, symptômes et pronostic des troubles dépressifs.....	15
2.2 Le trouble dépressif caractérisé (dépression majeure).....	15
2.3 Le trouble dépressif persistant (dysthymie).....	17
2.4 Impact des troubles dépressifs sur le travail.....	18
2.5 Stratégies d'accompagnement pour les personnes vivant avec un trouble dépressif.....	19
3. Troubles bipolaires.....	21
3.1 Phases et principaux symptômes.....	21
3.2 Trouble bipolaire de type I.....	22
3.3 Trouble bipolaire de type II.....	23
3.4 Impact des troubles bipolaires sur le travail.....	24
4. Troubles obsessionnels-compulsifs (TOC).....	24
4.1 Les types, symptômes et pronostic des TOC.....	24
4.2 Impact des troubles obsessionnels compulsifs sur le travail.....	25
4.3 Stratégies d'accompagnement pour les personnes vivant avec un trouble obsessionnel compulsif.....	25
5. Les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress.....	26

5.1	Trouble stress post-traumatique	27
5.2	Trouble de l'adaptation	29
5.3	Impact des troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress sur le travail.....	30
5.4	Stratégies de retour au travail après troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress.....	30
6.	Les troubles liés à une substance.....	31
6.1	Les types, symptômes et pronostic des troubles liés à une substance	31
6.2	Les troubles liés à une substance se classent en 3 catégories	32
6.3	Impact des troubles liés à une substance sur le travail.....	33
6.4	Stratégies d'accompagnement pour les personnes vivant avec un trouble lié à une substance	33
7.	Les troubles neurodéveloppementaux	34
7.1	Les types, symptômes et pronostic des troubles neurodéveloppementaux	34
7.2	Le trouble du développement intellectuel	34
7.3	Le trouble du spectre de l'autisme (TSA).....	35
7.4	Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH).....	35
7.5	Impact des troubles neurodéveloppementaux sur le travail	36
7.6	Stratégies d'accompagnement auprès de personnes vivant avec un trouble neurodéveloppemental	36
8.	Troubles du sommeil	37
8.1	Insomnie	37
8.2	Impact de l'insomnie sur le travail.....	38
9.	Troubles de la personnalité	38
9.1	Les types de troubles de personnalité	39
9.2	Trouble de la personnalité limite (personnalité borderline)	40
9.3	Impact du trouble de personnalité limite sur le travail	41
9.4	Stratégies d'accompagnement auprès de personnes vivant avec un trouble neurodéveloppemental	41
10.	Troubles psychotiques.....	42

10.1 Le trouble délirant	44
10.2 La schizophrénie	45
10.3 Impact du trouble de personnalité limite sur le travail.....	46
Synthèse des stratégies d'accompagnement pour les personnes vivant avec un trouble mental	46
Identification et reconnaissance	47
Stratégies de soutien	47
Accommodements au travail.....	47
Programmes de bien-être	47
Support psychologique	47
Rôle des acteurs syndicaux.....	47
Sensibilisation et formation.....	47
Advocacie	48
Stratégie de retour au travail pour les personnes vivant avec un trouble mental courant ou transitoire	48
Compréhension des troubles mentaux courants.....	48
Facteurs influençant le retour au travail	49
Obstacles et facilitateurs du retour au travail.....	49
Stratégies de retour au travail.....	49
Collaboration entre les parties prenantes.....	49
Aménagements au travail.....	49
Programmes de soutien.....	50
Sensibilisation et formation.....	50
Références.....	50

Introduction

Une compréhension approfondie de la diversité des problématiques de santé mentale au travail est essentielle pour les actrices et acteurs syndicaux, même si ces personnes ne possèdent pas de connaissances préalables dans ce domaine. Ainsi, ce guide vise à développer une connaissance suffisante de problématiques de santé mentale en relation avec le travail, afin d'améliorer les interventions, les stratégies de soutien et les pratiques d'accompagnement. Comprendre les troubles psychiques revêt une importance capitale pour les actrices et acteurs syndicaux engagés dans l'accompagnement des travailleuses et travailleurs aux prises avec des problèmes de santé mentale en milieu professionnel.

Le guide sera divisé en plusieurs sections, abordant différentes problématiques liées à la santé mentale. La première section traitera de la diversité des problématiques de santé mentale. Ensuite, nous aborderons les problèmes de santé mentale courants ou transitoires, ainsi que les problèmes de santé mentale sévères et persistants. Une section sera consacrée à la relation entre la santé mentale et le travail, ainsi qu'au retour au travail après une problématique de santé mentale. Les enjeux de l'intégration et du maintien au travail des personnes ayant une problématique de santé mentale seront également traités, en incluant les enjeux spécifiques aux personnes ayant des problématiques de santé mentale courantes ou transitoires, ainsi que ceux liés à l'intégration et au maintien au travail des personnes ayant des problématiques de santé mentale sévères et persistantes. Enfin, nous étudierons les interventions menées auprès des travailleuses et travailleurs ayant une problématique de santé mentale, avant de conclure ce guide.

Diversité des problématiques de santé mentale

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2019) estime que 970 millions de personnes dans le monde présentaient un trouble mental en 2019. La santé mentale englobe un vaste éventail de troubles et de conditions qui affectent la pensée, l'humeur et le comportement. La diversité des problématiques de santé mentale est bien documentée dans la littérature scientifique, et plusieurs références clés offrent un aperçu approfondi de ces enjeux.

D'entrée de jeu, il est important de noter que la Classification internationale des maladies (CIM) reconnaît les troubles psychiques comme des affections médicales à part entière (Lorette et Lucchelli, 2022). Plus spécifiquement, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition (DSM-5), constitue un outil de référence majeur pour les professionnelles et professionnels de la santé mentale. Publié en 2013, le DSM-5 propose des critères diagnostiques pour plus de 300 troubles mentaux, incluant les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et les troubles liés à l'utilisation de substances. La version française a

été publiée en 2015 (APA 2015). Le DSM-5 est largement utilisé dans le monde entier pour faciliter le diagnostic et le traitement des troubles mentaux, y compris ceux liés au travail.

Le DSM-5 est structuré en plusieurs sections, dont la première présente les critères diagnostiques des troubles mentaux, classés selon leur catégorie diagnostique. Ces catégories incluent les troubles de l'humeur, tels que la dépression et le trouble bipolaire, les troubles anxieux comme le trouble panique et le trouble obsessionnel-compulsif, les troubles de la personnalité, les troubles liés à l'utilisation de substances, les troubles de l'alimentation, les troubles du sommeil, les troubles sexuels, les troubles neurocognitifs, les troubles du spectre autistique, les troubles de la schizophrénie et autres troubles psychotiques, ainsi que les troubles liés à des facteurs de stress. Cette classification permet aux professionnelles et professionnels de la santé mentale de diagnostiquer de manière précise et standardisée une variété de troubles mentaux, ce qui est essentiel pour assurer des interventions et des traitements appropriés.

Chaque catégorie diagnostique du DSM-5 comprend plusieurs troubles spécifiques, chacun défini par ses propres critères diagnostiques. Ces critères incluent des symptômes spécifiques qui doivent être présents pour établir un diagnostic, ainsi que des critères d'exclusion visant à écarter d'autres causes potentielles des symptômes. En plus des critères diagnostiques, le DSM-5 contient des informations détaillées sur les facteurs de risque, les troubles concomitants, les traitements recommandés et les résultats attendus pour chaque trouble mental répertorié.

Bien que le DSM-5 soit un outil essentiel pour les professionnels de la santé mentale, il est crucial de noter que le diagnostic ne doit jamais être posé sur la base d'un seul critère ou symptôme, et doit toujours être évalué par un professionnel qualifié. Par ailleurs, le présent guide n'a pas pour vocation de vous apprendre à évaluer les troubles, mais plutôt de vous fournir une connaissance adéquate de la santé mentale et de ses troubles en relation avec le travail. Notre objectif est de présenter la diversité des problématiques de santé mentale que vous pourriez rencontrer en tant qu'actrices et acteurs syndicaux, et de vous fournir les outils nécessaires pour accompagner efficacement ces personnes.

Il est de plus crucial de souligner que le DSM-5 est un outil destiné à guider les professionnelles et professionnels de la santé mentale et ne doit pas être utilisé pour étiqueter ou stigmatiser les individus vivant avec un problème de santé mentale. Les troubles mentaux sont des conditions médicales qui nécessitent un traitement approprié et une compréhension empathique de la part de la société (OMS, 2019). De plus, chaque personne peut vivre des problématiques de santé mentale au travail de manière différente, et à ce titre, il est essentiel de reconnaître l'unicité de chaque employé(e) et de travailler ensemble pour trouver des solutions qui favorisent un environnement de travail sain et respectueux (Coutu et al., 2020).

Les expertes et experts dans le domaine classent généralement les troubles mentaux en deux catégories principales : les troubles mentaux courants (TMC), et les troubles mentaux sévères et persistants (TMSP). Les troubles mentaux courants sont souvent passagers et incluent des conditions telles que la dépression, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et le trouble de stress post-traumatique (OMS, 2022). Ces troubles peuvent survenir à n'importe quel moment de la vie et sont généralement déclenchés par des facteurs de stress temporaires ou des événements de vie difficiles. Les troubles mentaux sévères et persistants, tels que la schizophrénie et le trouble bipolaire, sont des conditions chroniques qui nécessitent une gestion à long terme. Ces troubles ont un impact significatif sur la vie quotidienne et le fonctionnement global des individus (OMS, 2022).

La diversité des problématiques de santé mentale nécessite des approches variées, multidimensionnelles et adaptées pour le diagnostic, le traitement et le soutien des individus affectés. En distinguant les troubles mentaux courants des troubles mentaux sévères et persistants, les professionnelles et professionnels de la santé peuvent mieux cibler leurs interventions et offrir un soutien plus efficace. Les recherches actuelles mettent en évidence l'importance de la collaboration entre les employeurs, les actrices et acteurs syndicaux, les professionnelles et professionnels de la santé et les personnes en emploi pour créer des environnements de travail favorables et inclusifs. En comprenant les différents aspects des troubles mentaux et en mettant en place des stratégies adaptées, il est possible de soutenir efficacement les personnes concernées, de promouvoir leur bien-être, leur intégration professionnelle, et d'améliorer la gestion et le retour au travail des personnes souffrant de troubles mentaux.

Les troubles mentaux affectent une proportion significative de la population mondiale, influençant divers aspects de la vie quotidienne, y compris les relations interpersonnelles, le travail et la qualité de vie globale. Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) de l'American Psychiatric Association (2015), les troubles dépressifs touchent environ 7% des adultes aux États-Unis chaque année, tandis que les troubles anxieux affectent près de 18% de la population adulte (National Institute of Mental Health, 2016). Au Canada, la dépression affecte annuellement 4 à 6 % de la population et entre 10 à 12 % sur une vie entière (Patten et al., 2015). Au Québec, les troubles mentaux courants affectent également une proportion importante de la population. Selon une étude de Doré et Caron (2017), environ 20% des Québécois et québécoises souffrent d'un trouble mental au cours de leur vie, et la prévalence annuelle de la dépression au Québec est de 5%. De plus, Boileau-Falardeau et al. (2019) rapportent que les troubles anxieux touchent près de 15% de la population québécoise chaque année.

Dans les pays industrialisés, les troubles mentaux représentent une proportion significative des absences maladie. En effet, l'incidence des absences pour maladie liée aux troubles mentaux est

en augmentation, comme le montre une revue systématique réalisée par Dewa et al. (2018), qui souligne que les troubles mentaux sont l'une des principales causes d'absentéisme au travail. Cette prévalence élevée souligne l'importance de comprendre les facteurs influençant le retour au travail (RAT) pour les personnes affectées par des TMC.

Ces problèmes de santé mentale peuvent affecter la capacité d'une personne à fonctionner au travail (APA, 2015). Ils se caractérisent par des symptômes spécifiques tels que la tristesse persistante, la perte d'intérêt, les pensées obsessionnelles, les épisodes de manie, les comportements alimentaires anormaux et les flashbacks liés à un événement traumatisant (OMS, 2019). Il est important de noter que la plupart des troubles mentaux sont transitoires et peuvent être traités avec succès grâce à une combinaison de thérapie et de médicaments (National Institute of Mental Health, 2020).

Sans être exhaustif, ce guide porte sur les principaux troubles que l'on retrouve en général en milieu de travail, c'est-à-dire parmi la population active. Y sont abordés les familles de troubles suivantes : les troubles dépressifs, les troubles anxieux, le trouble obsessionnel-compulsif, les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress, les troubles du sommeil, les troubles de la personnalité, les troubles délirants et les troubles neuro-développementaux. Pour chacune de ces familles, certains troubles seront abordés plus spécifiquement, ainsi que les principales caractéristiques et symptômes, puis les impacts dans le travail.

Principaux troubles de santé mentale

1. Les troubles anxieux

Les troubles anxieux sont des troubles mentaux courants qui peuvent affecter significativement la vie quotidienne des individus. L'anxiété est une réaction normale au stress, mais lorsqu'elle devient excessive et persistante, elle peut se transformer en un trouble anxieux. Les troubles anxieux sont un groupe de troubles mentaux courants, incluant des conditions telles que le trouble d'anxiété généralisée (TAG), le trouble panique et les phobies spécifiques. Ces troubles se caractérisent par une anxiété excessive et persistante, souvent accompagnée de symptômes physiques tels que des palpitations, des sueurs et des tremblements (National Institute of Mental Health, 2016).

Le DSM-5 (APA, 2015) décrit les troubles anxieux comme des troubles caractérisés par une peur excessive, une anxiété et des perturbations comportementales associées. Ces troubles se distinguent par les objets ou les situations qui induisent la peur ou l'anxiété et par le raisonnement cognitif associé. Les troubles anxieux se caractérisent par une peur excessive ou une anxiété qui perturbe les activités quotidiennes. L'anxiété pathologique est intense, fréquente et durable, affectant considérablement la vie quotidienne des individus (Rector et al., 2016). Les

symptômes varient en fonction du type de trouble, mais incluent généralement une inquiétude persistante, une hypervigilance, et des réactions physiques comme la tachycardie et la transpiration (National Institute of Mental Health, 2022; OPQ, 2021).

L'ensemble des troubles anxieux ont en commun des symptômes de peur et d'anxiété excessives, lesquelles engendrent des comportements pouvant affecter les sphères personnelles et professionnelles des personnes. Avant de décrire certains des troubles plus fréquents que l'on retrouve en milieu de travail, il importe de définir certains concepts relatifs aux troubles anxieux :

- I. **La peur** : Elle fait référence à une réponse émotionnelle à une menace réelle ou perçue par une personne dans le présent. Cette réponse émotionnelle est susceptible de fournir l'énergie nécessaire aux individus pour fuir ou combattre le danger perçu dans l'immédiat.
- II. **L'anxiété** : À l'opposé de la peur, l'anxiété se rapporte au fait d'anticiper une menace à laquelle une personne pourrait faire face dans le futur. Les individus ressentant de l'anxiété peuvent se sentir tendus au niveau des muscles et se montrer particulièrement vigilants. Cette attention accrue, en conséquence à la préparation aux dangers futurs, peut parfois donner lieu à des comportements d'évitement et/ou de prudence.
- III. **Les attaques de panique** : Elles peuvent survenir dans de nombreux contextes et leur apparition ne se limite pas aux troubles anxieux. L'apparition d'une crise de panique s'apparente à des montées soudaines de crainte ou de malaise intense qui atteindrait son point culminant après quelques minutes. Les crises peuvent survenir tant durant un état de calme que durant un état durant lequel la personne se sentirait anxieuse (pour plus d'information, voir la section « Trouble panique »).

Le présent guide propose une description du trouble anxieux généralisé, du trouble panique et de l'anxiété sociale.

1.1 L'anxiété généralisée

Les personnes vivant avec un trouble d'anxiété généralisée (TAG) ressentent, la plupart du temps, une anxiété et une préoccupation excessives concernant un vaste étendu d'événements ou activités. Les circonstances quotidiennes comme les responsabilités professionnelles, les problèmes financiers, la santé des proches ou les problèmes que peuvent rencontrer les enfants font fréquemment l'objet de ces préoccupations. D'autres sujets mineurs peuvent également être source d'inquiétudes, comme les tâches domestiques, le retard pour un rendez-vous, etc. Ces inquiétudes s'imposent fréquemment d'elles-mêmes et sont difficilement contrôlables. Les préoccupations peuvent être saisissantes au point d'entraver la réalisation des tâches que les personnes doivent accomplir. Lorsque l'anxiété se présente, l'individu se montre forcé d'y faire face. Les inquiétudes accaparent alors toute son attention et son énergie.

Il n'est pas rare que l'anxiété soit accompagnée de plusieurs symptômes désagréables, tels qu'un sentiment d'agitation ou de grande nervosité. La tension musculaire, la sensation de fatigue, l'irritabilité, les difficultés de concentration ainsi que les trous de mémoire sont aussi fréquemment observées chez les personnes vivant avec un TAG. Le sommeil de ces individus peut également être perturbé, notamment par des difficultés d'endormissement, par un sommeil peu satisfaisant, ou par un sommeil interrompu (p. ex., se réveiller plusieurs fois dans la nuit ou cauchemarder).

Trois éléments permettent de distinguer l'anxiété éprouvée par les personnes vivant avec un TAG de l'anxiété éprouvée par celles ne vivant pas avec ce trouble. Ces différences peuvent être résumées selon l'acronyme EEP (excessives, envahissantes, et physiques) :

- I. Les préoccupations **excessives** affectent considérablement les interactions sociales des personnes ainsi que les autres sphères de vie.
- II. Les préoccupations **envahissantes** sont plus durables et sont sources d'une grande détresse ressentie.
- III. Les préoccupations sont plus susceptibles d'engendrer des symptômes **physiques**. Mise à part la tension musculaire, les personnes peuvent trembler, ressentir des contractions, de la fébrilité ainsi que des douleurs ou une sensation d'avoir les muscles endoloris. Des symptômes somatiques peuvent aussi accompagner le TAG, tels que la diarrhée, la nausée, la transpiration, etc. D'autres troubles physiques, comme les migraines ou le syndrome du côlon irritable, accompagnent fréquemment le TAG.

Les personnes vivant avec un TAG éprouvent souvent des difficultés à remplir des tâches professionnelles ou domestiques efficacement et rapidement, étant donné le caractère excessif et envahissant des inquiétudes qui les préoccupent. Les inquiétudes sont énergivores, tant par le biais de l'anxiété qu'elles génèrent que des symptômes physiques qu'elles peuvent induire. Le TAG est un trouble pouvant prendre une forme sérieusement contraignante avec laquelle il peut être difficile de vivre. Aux États-Unis, l'anxiété généralisée serait la cause d'environ 110 millions de journées utiles perdues par an. Sur 12 mois, il est estimé que 2,9% des adultes aux États-Unis développeraient un TAG. Dans les autres pays, cette statistique varie entre 0,4% et 3,6%.

1.2 Le trouble panique

Tel qu'indiqué plus haut, les attaques de panique ne surviennent pas uniquement chez les personnes vivant avec un trouble panique ou tout autre trouble anxieux. L'expérience des crises de panique peut mener au diagnostic d'un trouble panique lorsqu'elles engendrent un sentiment de détresse dépassant celui ressenti lors de l'expérience de crises de panique occasionnelles. Durant les semaines suivant une crise de panique, les personnes vivant avec un trouble panique peuvent se trouver particulièrement inquiètes à propos de la possibilité de vivre d'autres crises dans le futur. D'autres pourraient également changer de comportement en lien avec l'expérience

des attaques de panique. Des personnes pourraient, par exemple, éviter de pratiquer des activités physiques, puisque la transpiration et l'augmentation du rythme cardiaque leur rappelleraient les symptômes ressentis durant les crises de panique. D'autres individus pourraient plutôt éviter des situations peu familières, par crainte de vivre des émotions désagréables et anxiogènes. Les personnes vivant avec un trouble panique font aussi l'expérience de plusieurs attaques de paniques : ces dernières sont récurrentes et inattendues. Aucun signal ne permet à la personne d'anticiper l'occurrence d'une crise de panique.

Les attaques de panique peuvent susciter différentes sensations chez les personnes vivant avec un trouble panique. Durant la montée brusque de crainte ou de malaise intense, en quelques minutes, les individus peuvent sentir leur rythme cardiaque s'accélérer (sentiment de palpitation), peuvent transpirer, trembler, éprouver une sensation d'étouffement ou d'étranglement (souffle coupé), ressentir une gêne au niveau de la poitrine, des nausées, avoir l'impression d'être sur le point de s'évanouir ou avoir des vertiges, frissonner ou avoir des bouffées de chaleur ou avoir des fourmis dans les membres. D'autres symptômes psychologiques peuvent faire leur apparition : les personnes peuvent craindre de manière excessive de mourir, de perdre le contrôle d'eux-mêmes, de devenir « fous », ou avoir l'impression d'être détaché de leur corps (dépersonnalisation) ou que la réalité n'est pas « vraie » (déréalisation).

Étant donné les symptômes dont font l'expérience les personnes vivant avec un trouble panique, il n'est pas rare que ces dernières s'inquiètent d'avoir une maladie grave comme une maladie cardiaque. Elles peuvent aussi se sentir gênées vis-à-vis des autres, par crainte d'être jugées si une crise de panique devait se présenter à elles en public. Ainsi, en plus des crises de panique, le trouble panique engendre une anxiété omniprésente et constante, généralement liée à des préoccupations liées à la santé physique et mentale. Certains individus ont également tendance à s'inquiéter de leur capacité à résister à des facteurs de stress quotidien, et ainsi, craignent de ne pas être en mesure de compléter certaines tâches professionnelles et personnelles.

Sur une période d'un an, le trouble panique concerne environ 2 à 3% des adultes et adolescents aux États-Unis ainsi que dans certains pays d'Europe. Les attaques de panique ainsi que le diagnostic de trouble panique sont associés à un taux plus élevé de tentatives de suicide. Le trouble panique induit plusieurs difficultés sociales, professionnelles et physiques avec lesquelles il peut être difficile de composer au quotidien. En tenant compte des inquiétudes des personnes à l'égard de leur santé, il n'est pas rare que de vivre avec un trouble panique engendre de multiples frais médicaux pour consulter des médecins et faire part des symptômes physiques apparaissant lors de crises de panique. Ces consultations, pouvant avoir lieu durant les heures de travail, sont susceptibles de mener à un taux d'absentéisme plus élevé. Les attaques de panique peuvent survenir au courant de la journée (attaques diurnes), mais également durant la nuit (attaques nocturnes).

1.3 Anxiété sociale (ou phobie sociale)

Les personnes vivant avec une anxiété sociale ressentent une peur intense lorsqu'elles se retrouvent dans des situations sociales durant lesquelles elles sont susceptibles d'être soumises au regard des autres. Ces situations peuvent inclure des interactions sociales ordinaires, comme le fait de discuter, des situations impliquant d'être observé, comme le fait de manger dans une cafétéria très fréquentée, ou des situations impliquant un souci de performance, comme donner une conférence. L'anxiété sociale, en plus d'induire une peur excessive dans les situations sociales, engendre une crainte par les personnes d'être jugées négativement si les autres s'aperçoivent de leur anxiété. Par exemple, les personnes sont susceptibles d'appréhender le fait d'être humiliées, embarrassées ou victimes de rejet si les symptômes de leur anxiété venaient à être remarqués par autrui. Les individus peuvent ainsi se montrer plus anxieux lorsque l'anxiété génère des réactions physiques observables par autrui, telles que les tremblements, le fait de rougir ou de transpirer. Pour éviter que ces symptômes ne soient visibles, les personnes peuvent mettre en œuvre plusieurs stratégies. Par exemple, un employé aux mains tremblantes sous le regard de son employeur pourrait éviter d'écrire, de taper sur un clavier, ou de boire et de manger en sa présence. Souvent, si ce n'est toujours, les situations sociales amènent les personnes à ressentir de l'anxiété. Afin d'éviter de ressentir les symptômes désagréables de l'anxiété, les individus pourraient tout mettre en œuvre pour éviter les situations sociales anxiogènes. Lorsque cela est impossible, les situations sociales sont subies avec fébrilité par les personnes et engendrent un niveau de détresse élevé.

Les personnes vivant avec un trouble d'anxiété sociale tendent à surestimer les conséquences négatives des situations sociales (p. ex., « Si mon employeur me voit trembler, il en conclura que je suis faible et incompetent et il ne me confiera aucune responsabilité »). Certains individus sont plus susceptibles de ressentir de l'anxiété de façon anticipatoire, très longtemps avant un événement social redouté. Par exemple, un employé pourrait se montrer fort soucieux d'une réunion à laquelle il devra participer des semaines avant qu'elle n'ait lieu.

Il arrive parfois que des personnes vivant avec une anxiété sociale n'en éprouvent les symptômes que dans des contextes de performance. Très souvent, l'anxiété de performance est davantage invalidante dans la sphère professionnelle, dans laquelle il importe de pouvoir compléter des tâches de nature diverse. Dans ce cas, les autres situations sociales durant lesquelles aucune performance n'est exigée ne sont pas évitées par ces personnes et n'engendrent pas d'anxiété. Les personnes vivant avec un trouble d'anxiété sociale pourraient interagir de manière singulière avec les autres, en adoptant une posture rigide, en regardant très peu dans les yeux leurs interlocuteurs ou en parlant avec un ton de voix trop bas ou doux. Certains individus peuvent parfois se montrer plus autoritaires, en désirant obtenir un meilleur contrôle sur les situations. D'autres, au contraire, pourraient se montrer plus soumises aux autres. En conséquence à l'anxiété et à la crainte que cette anxiété soit perçue, les personnes peuvent s'isoler, rechercher des emplois nécessitant peu de contacts avec autrui ou passer plus de temps à leur domicile.

Sur une période d'un an, environ 0,5% à 2% des populations à l'internationale sont diagnostiquées avec un trouble d'anxiété sociale. Les personnes vivant avec ce trouble sont exposées à une diminution de leur bien-être, de leur efficacité au travail, de leurs finances, de leur qualité de vie et de la perte de leur emploi.

1.4 Impact des troubles anxieux sur le travail

Les troubles anxieux entraînent des altérations significatives du fonctionnement social, scolaire et professionnel. L'évitement des situations anxiogènes peut limiter les activités quotidiennes et la qualité de vie, conduisant à un isolement social et à des difficultés professionnelles. Dans les milieux de travail, les troubles anxieux peuvent affecter la performance et la satisfaction au travail, entraînant des absences répétées et prolongées (Corbière et al., 2020).

L'anxiété peut avoir des conséquences considérables sur le rendement et le bien-être au travail. Les travailleurs anxieux peuvent avoir des difficultés à accomplir leurs tâches, à respecter les délais et à interagir avec leurs collègues. Cela peut entraîner une diminution de la productivité, une augmentation des erreurs et des accidents, et une détérioration des relations professionnelles. Les troubles anxieux ont des répercussions significatives sur le milieu de travail, entraînant des difficultés à participer aux réunions et à interagir avec les collègues, ce qui peut mener à une baisse de productivité, à des absences fréquentes et à une détérioration des relations professionnelles. L'anxiété au travail peut également engendrer des problèmes financiers et relationnels pour les personnes touchées (National Institute of Mental Health, 2022; OPQ, 2021; Rector et al., 2016).

En résumé, les troubles anxieux peuvent réduire la concentration, augmenter les absences et diminuer la productivité. Les personnes souffrant de troubles anxieux éprouvent souvent des difficultés à interagir avec leurs collègues et à gérer le stress lié au travail, aggravant ainsi leur état de santé mentale (National Institute of Mental Health, 2022; OPQ, 2021; Rector et al., 2016).

1.5 Stratégies d'accompagnement pour les personnes vivant avec un trouble anxieux

Il est essentiel que les acteurs syndicaux soient formés pour reconnaître les signes de troubles anxieux et comprendre leur impact sur le travail. Une sensibilisation accrue peut aider à réduire la stigmatisation associée à ces troubles, encourageant ainsi les travailleurs à chercher de l'aide plus tôt (Villotti et al., 2018).

La mise en place d'accommodations appropriées, telles que des horaires flexibles, des modifications de tâches et un soutien accru, peut faciliter le maintien en emploi des travailleurs

anxieux (Bastien & Corbière, 2019). Les syndicats jouent un rôle clé dans le soutien continu des travailleurs anxieux en facilitant l'accès à des ressources de santé mentale, en organisant des groupes de soutien et en collaborant avec les employeurs pour créer un environnement de travail inclusif et compréhensif (Corbière et al., 2022).

De façon plus spécifique, une communication ouverte est souhaitable pour promouvoir une communication sans jugement permettant aux travailleurs d'exprimer leurs préoccupations. Une certaine flexibilité au travail est aussi bénéfique afin d'adapter les horaires, offrir des possibilités de télétravail ou des aménagements pour réduire le stress. En effet, permettre des horaires flexibles et la possibilité de télétravail peut aider les employés à mieux gérer leur anxiété tout en maintenant leur performance professionnelle (OPQ, 2021). Il est bien de mettre en place des groupes de discussion, des services de counseling et des programmes de gestion du stress. D'offrir un soutien par le biais de programmes d'aide aux employés, de formations sur la gestion du stress, et de sensibilisation à la santé mentale dans l'entreprise (OPQ, 2021). Des stratégies personnelles sont aussi à encourager, telles que la fixation de limites claires entre le travail et la vie personnelle, la recherche de soutien social, et l'engagement dans des activités physiques et de relaxation (OPQ, 2021). Enfin, il faut encourager des pratiques telles qu'un sommeil suffisant, une alimentation équilibrée, l'exercice physique régulier et le soutien social pour améliorer le bien-être général et réduire les symptômes d'anxiété (Rector et al., 2016; National Institute of Mental Health, 2022).

Les études de cas présentées par Boileau-Falardeau et al. (2019) illustrent les dilemmes rencontrés par les médecins traitants lors du retour au travail de personnes souffrant de troubles anxieux. L'étude de Corbière et al. (2017) montre que des interventions ciblées, telles que des programmes de soutien psychologique et des ajustements du poste de travail, peuvent être efficaces pour les travailleurs anxieux. La participation active des employeurs et des syndicats est ainsi essentielle pour garantir un retour au travail durable.

Les troubles anxieux sont des affections courantes, mais gérables. En comprenant mieux ces troubles, les acteurs syndicaux peuvent jouer un rôle crucial dans le soutien des travailleurs lors de leur retour au travail, favorisant ainsi un environnement de travail plus inclusif et sain. En reconnaissant les signes de ces troubles, en offrant un soutien approprié et en encourageant les traitements adaptés, les syndicats peuvent jouer un rôle crucial dans le processus de retour au travail et la promotion du bien-être mental des travailleurs.

2. Les troubles dépressifs

La dépression, ou trouble dépressif, est l'un des troubles mentaux les plus répandus et les plus étudiés. Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), elle se caractérise par une humeur dépressive persistante, une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque

toutes les activités, et une variété de symptômes physiques et cognitifs tels que la fatigue, les troubles du sommeil et les difficultés de concentration.

Les troubles dépressifs comprennent plusieurs diagnostics spécifiques qui partagent des caractéristiques communes, mais se distinguent par leur durée, leur chronologie et leurs étiologies présumées. Voici un portrait des troubles dépressifs les plus courants chez les adultes, incluant leur prévalence, leurs manifestations cliniques et les défis associés à leur gestion, notamment dans le contexte du travail et du retour au travail après un arrêt dû à la dépression.

1.1 Les types, symptômes et pronostic des troubles dépressifs

La dépression est une affection courante touchant des millions de personnes chaque année à travers le monde. D'après l'Organisation mondiale de la santé (2023), plus de 264 millions de personnes de tous âges souffrent de dépression. Cette affection est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, avec une prévalence plus élevée chez les jeunes adultes et les personnes âgées. La dépression contribue de manière significative à la charge mondiale de morbidité et est une cause majeure d'invalidité (OMS, 2023). Les individus souffrant de dépression peuvent éprouver :

- I. Une fatigue et une perte d'énergie importante, réduisant leur capacité à accomplir des tâches efficacement (Evans-Lacko & Knapp, 2016).
- II. Une irritabilité et une sensibilité accrue pouvant entraîner des conflits avec les collègues (Evans-Lacko & Knapp, 2016).
- III. Une perte d'intérêt, un manque d'enthousiasme et de motivation pour les tâches et objectifs à atteindre (de Zwart et al., 2019).
- IV. Une chute importante de l'estime de soi. Les individus peuvent se sentir coupables et inutiles, pensant qu'ils ne peuvent plus contribuer efficacement au milieu de travail (OMS, 2023).
- V. Des biais cognitifs tels que la surgénéralisation, les idées catastrophistes et les inférences arbitraires (Lecomte et Corbière, 2017).

2.2 Le trouble dépressif caractérisé (dépression majeure)

Il est estimé qu'environ 7% de la population américaine présente un trouble dépressif caractérisé. Les personnes vivant avec un trouble dépressif caractérisé présentent des symptômes dépressifs pendant des périodes d'au moins deux semaines. Durant ces périodes, les individus sont susceptibles de ressentir une humeur excessivement triste presque tous les jours durant toute la journée. Certains individus peuvent ressentir, durant les épisodes dépressifs, des symptômes physiques tels que des inconforts ou des douleurs corporels. Ces périodes dépressives peuvent également être marquées par une diminution manifeste de l'intérêt pour toutes les activités qui

peuvent ou doivent être accomplies, y compris celles générant habituellement du plaisir. Ce manque de plaisir expose fréquemment les personnes à de l'isolement social. Des fluctuations du poids (gain ou perte de poids) peuvent également parfois être remarquées, et ce, en l'absence d'un changement de diète. Durant les périodes dépressives, les personnes peuvent éprouver des difficultés de sommeil (insomnie) ou, au contraire, des moments de sommeil plus fréquents qu'à leur habitude (hypersomnie). Les individus sont aussi exposés à un ralentissement général de leur comportement : les mouvements peuvent être plus lents, les tâches plus longues à accomplir et le débit de langage peut être affecté. D'autres pourraient plutôt faire l'expérience d'une agitation générale, laquelle peut devenir manifeste, par exemple, en frottant sa peau ou des objets ou en faisant les cents pas sans pouvoir rester en place. Les personnes vivant avec un trouble dépressif caractérisé sont susceptibles d'être aux prises avec un sentiment de grande fatigue ainsi que d'une diminution des capacités à se concentrer. L'accomplissement de tâches quotidiennes et habituelles peut alors sembler insurmontable et requérir une quantité d'énergie considérable (p. ex., le temps pris pour se laver ou s'habiller peut être plus long et accomplir ces tâches peut devenir épuisant). Les personnes vivant avec un trouble dépressif caractérisé peuvent tendre à culpabiliser, non seulement à propos des symptômes qu'elles ressentent en lien avec la dépression, mais aussi à propos d'autres éléments non liés au trouble (p. ex., la personne est convaincue que la diminution de la réussite financière d'une entreprise est due à son incompetence). Une baisse de l'estime de soi peut également accompagner le trouble dépressif. Éventuellement, des pensées morbides peuvent surgir (peur de mourir, pensées suicidaires, souhait de mourir, tentatives de suicide ou élaboration d'un plan pour commettre une tentative de suicide). Le souhait de mourir peut découler du besoin de mettre un terme à la souffrance psychologique trop grande et perçue comme infinie, de l'incapacité à éprouver du plaisir, de l'impression d'être un fardeau pour son entourage ou du désir d'abandonner face à un obstacle jugé trop grand pour être surmonté.

2.2.1 Résumés des principaux symptômes possibles (APA, 2015) :

- I. Une humeur dépressive présente presque toute la journée, presque tous les jours.
- II. Une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités.
- III. Des changements significatifs de poids ou d'appétit.
- IV. Des troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie).
- V. Une agitation ou un ralentissement psychomoteur.
- VI. Une fatigue ou une perte d'énergie.
- VII. Des sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive.
- VIII. Des difficultés de concentration ou de prise de décision.
- IX. Des pensées récurrentes de mort ou de suicide.

Il est à noter que plus les temps de rémission sont longs (temps passé sans épisode dépressif), plus le risque de rechute diminue. Toutefois, les risques de rechute sont plus élevés lorsque l'épisode dépressif précédent était d'une grande sévérité.

Les comportements suicidaires, comme les idées suicidaires, les tentatives de suicide ainsi que les suicides accomplis sont susceptibles de surgir à tout moment dans la vie des personnes vivant avec un trouble dépressif caractérisé. Bien que la majorité des suicides accomplis n'aient jamais été précédés d'une tentative de suicide, le fait qu'une personne ait déjà accompli une tentative de suicide est un indicateur du risque qu'elle n'en recommence une.

Vivre avec un trouble dépressif caractérisé expose les personnes à plusieurs difficultés dans différentes sphères de vie ; ces difficultés dépendent grandement de la gravité des épisodes dépressifs vécus. Les individus pour qui les symptômes sont plus légers pourraient réussir à entrer en interaction avec les autres sans que le trouble n'entrave les échanges. Pour d'autres, la gravité du trouble sera telle qu'ils ne pourront ni entrer en communication avec les autres, ni même répondre à leurs besoins de base, comme se nourrir ou maintenir une bonne hygiène.

2.3 Le trouble dépressif persistant (dysthymie)

Environ 0,5% de la population états-unienne est diagnostiquée avec un trouble dépressif persistant. Les personnes vivant avec un trouble dépressif persistant éprouvent des symptômes s'apparentant à ceux du trouble dépressif caractérisé. La durée de l'expérience des symptômes représente la caractéristique la plus distinctive entre ces deux troubles ; dans le cas du trouble dépressif persistant, les personnes présentent une humeur dépressive presque toute la journée, plus d'un jour sur deux, et ce, pendant une durée d'au moins deux ans. La période sur laquelle s'étendent les symptômes dépressifs justifie l'usage du terme « persistant » : l'humeur dépressive et les difficultés y étant rattachées perdurent de manière significative. L'humeur dépressive est susceptible de se manifester de diverses façons. Les personnes peuvent être exposées à une perte d'appétit, ou au contraire, à une prise de nourriture plus importante qu'à l'habitude. D'autres pourraient avoir tendance à éprouver des difficultés de sommeil (insomnie) ou, à l'inverse, des endormissements plus fréquents (hypersomnie). Une fatigue importante, une diminution de l'estime de soi, des difficultés de concentration et un désespoir profond sont des manifestations fréquentes du trouble dépressif persistant. Le trouble dépressif persistant peut parfois être qualifié par les personnes comme « une manière d'être », étant donné le caractère quotidien des symptômes.

À l'instar du trouble dépressif caractérisé, le trouble dépressif persistant peut varier en sévérité et peut être éprouvé différemment selon certains symptômes pouvant apparaître en même temps que ceux spécifiques au trouble.

2.3.1 Résumés des principaux symptômes

Les symptômes peuvent être moins sévères que ceux de la dépression majeure, mais ils sont persistants et peuvent inclure (APA, 2015) :

- I. Une faible estime de soi.
- II. Un sentiment d'incapacité ou de désespoir.
- III. Une faible énergie ou une fatigue constante.
- IV. Des troubles du sommeil et de l'appétit.

Les conséquences des symptômes dépressifs sur le quotidien des individus concernés sont variables, selon les difficultés éprouvées ainsi que leur sévérité. En revanche, les impacts du trouble sont aussi importants que ceux du trouble dépressif caractérisé, lequel s'étend sur une période moins longue que le trouble dépressif persistant. Il convient ainsi de souligner que les deux troubles sont d'une gravité similaire, bien que leur sévérité et manifestations varient selon les personnes. Le trouble dépressif persistant est caractérisé par une humeur dépressive chronique durant au moins deux ans chez les adultes.

2.4 Impact des troubles dépressifs sur le travail

Les troubles dépressifs ont un impact significatif sur le fonctionnement social et professionnel. Les individus atteints peuvent éprouver des difficultés à maintenir leur performance au travail en raison de la fatigue, des troubles de concentration et des sentiments de dévalorisation. Le retour au travail après un arrêt dû à la dépression présente des défis particuliers, notamment la stigmatisation, la discrimination et la gestion des symptômes (Bastien et Corbière, 2019; Corbière, 2020; Corbière et al., 2017; Corbière et al., 2022; Evans-Lacko et Knapp, 2016; Ervasti et al., 2017).

Les travailleuses et travailleurs souffrant de dépression peuvent faire face à des attitudes stigmatisantes et à une discrimination sur le lieu de travail, ce qui peut affecter leur réintégration et leur bien-être psychologique (Villotti et al., 2018). La gestion des symptômes dépressifs peut nécessiter un traitement médical incluant des antidépresseurs et une thérapie psychologique. Les entreprises doivent être conscientes des besoins de leur personnel et offrir des accommodations appropriées, comme des horaires de travail flexibles et des environnements de travail favorables à la santé mentale (Dewa et al., 2018).

La dépression entraîne une réduction notable des performances au travail, augmentant les coûts liés aux absences maladie et aux assurances (Doran & Kinchin, 2019). Elle réduit la productivité, augmente les coûts de remplacement du personnel et entraîne des frais d'assurance sociale et médicaux liés à l'invalidité à court et à long terme. En outre, la dépression provoque des absences intermittentes et prolongées, affectant non seulement l'individu, mais aussi ses collègues qui doivent souvent assumer une charge de travail supplémentaire (Evans-Lacko & Knapp, 2016).

Les symptômes dépressifs conduisent souvent à une productivité réduite, des absences intermittentes et prolongées, et dans certains cas, une absence prolongée du marché du travail (OMS, 2023). Les personnes plus jeunes et sans comorbidités ont généralement un meilleur taux de retour au travail (Ervasti et al., 2017). Les symptômes dépressifs sévères réduisent les chances de RAT (Ervasti et al., 2017). Une perception élevée de ses capacités à retourner au travail favorise le RAT (Gagnano et al., 2018). Les jeunes travailleurs (16-45 ans) avec une attitude positive et un fort sentiment d'efficacité sont plus susceptibles de réussir leur RAT (Corbière, 2020). Les fonctions exécutives, comme la planification et la concentration, sont souvent altérées chez les individus dépressifs, même après rémission, ce qui complique leur retour au travail (Corbière, 2020). Le risque de rechute augmente avec chaque épisode dépressif antérieur, atteignant jusqu'à 90% après trois épisodes (Corbière, 2020).

2.5 Stratégies d'accompagnement pour les personnes vivant avec un trouble dépressif

Les recherches menées par Corbière et al. (2022) mettent en lumière l'importance d'une approche collaborative et durable pour le retour au travail des travailleuses et travailleurs souffrant de dépression. Ces initiatives sont cruciales pour soutenir les individus dans leur processus de réintégration professionnelle et pour atténuer les impacts de la dépression sur leur vie personnelle et professionnelle.

Le soutien des collègues et des gestionnaires de proximité est crucial pour un RAT réussi (Gagnano et al., 2018). Une pression excessive pour retourner au travail peut nuire au processus de RAT (Etuknwa et al., 2019). Un environnement de travail favorable, incluant le soutien des gestionnaires et des collègues, est essentiel pour un RAT durable (Corbière, 2020). Des exigences de travail modérées et un environnement de travail favorable facilitent le RAT (Gagnano et al., 2018). Les stigmates associés à la dépression peuvent entraver le processus de RAT, soulignant la nécessité de sensibiliser les milieux de travail à la santé mentale (Corbière, 2020). La stigmatisation associée aux troubles mentaux peut entraver le RAT (Corbière et al., 2022).

Une culture organisationnelle d'ouverture et de soutien envers les membres du personnel en RAT améliore les chances de succès du retour. Le maintien du contact pendant l'absence et la réintégration progressive avec des aménagements de travail sont des stratégies efficaces (Corbière, 2020).

En somme, des études quantitatives et qualitatives ont identifié plusieurs facteurs influençant le retour au travail, notamment le soutien social, la gestion de la pression au travail et la formation des gestionnaires sur les troubles mentaux courants (TMC). Corbière (2020) souligne que la

dépression représente un défi majeur pour le retour au travail des personnes affectées. Les facteurs saillants du retour au travail incluent la reconnaissance des symptômes, la gestion des stigmatisations et l'adaptation des environnements de travail pour soutenir les employés en convalescence. Les dilemmes des médecins, décrits par Boileau-Falardeau et al. (2019), incluent la détermination du moment approprié pour recommencer le travail et la gestion des rechutes potentielles.

Les autrices et auteurs proposent plusieurs recommandations pratiques pour le retour au travail après un trouble dépressif. Il est bénéfique d'implémenter des mesures d'aménagement du travail adaptées aux besoins individuels. Par exemple, inclure des ajustements d'horaires et de tâches (Bastien et Corbière, 2019). Il faut former les gestionnaires et les collègues afin de favoriser un environnement de travail inclusif et compréhensif (Corbière et al., 2017). Il est important de maintenir le contact avec les travailleuses et travailleurs pendant leur absence afin de préparer un RAT en douceur (Negrini et al., 2018). Le processus de RAT doit de plus être orchestré par une collaboration étroite entre diverses personnes, y compris les professionnelles et professionnels de la santé, les gestionnaires de proximité et les syndicats. Les étapes clés incluent une évaluation rigoureuse des limitations fonctionnelles pour adapter les conditions de travail (Corbière, 2020), la mise en place de mesures adaptées, telles que des horaires flexibles ou des modifications de tâches, aide à faciliter le retour (Corbière, 2020) et assurer un suivi régulier de la santé mentale et de la performance au travail est essentiel pour prévenir les rechutes (Corbière, 2020).

Les actrices et acteurs syndicaux jouent un rôle clé dans le soutien des personnes en retour au travail. Leur rôle est de promouvoir une culture de soutien en encourageant une attitude positive et ouverte envers la santé mentale au travail, offrir des formations sur les capacités de communication et de soutien aux gestionnaires de proximité, et coordonner les efforts afin de faciliter la collaboration avec les employeurs et le personnel professionnel de la santé pour mettre en place des stratégies de retour au travail efficaces.

Le retour au travail après un trouble dépressif est un processus complexe qui nécessite une approche intégrée, prenant en compte les aspects cliniques, psychologiques et sociaux de l'individu. Une collaboration étroite entre toutes les personnes impliquées est cruciale pour assurer un retour durable et favoriser le rétablissement des personnes en RAT.

Les troubles dépressifs sont des conditions courantes qui ont un impact majeur sur la vie personnelle et professionnelle des individus. Une compréhension adéquate de ces troubles, accompagnée de stratégies de gestion appropriées, est essentielle pour les soutenir dans le contexte du travail et faciliter leur retour au travail après un arrêt pour dépression. En appliquant ces recommandations, les actrices et acteurs syndicaux peuvent mieux accompagner les

travailleuses et travailleurs atteints de dépression dans leur processus de retour au travail, contribuant ainsi à un environnement de travail plus inclusif et productif.

3. Troubles bipolaires

La présente section du guide porte sur les troubles bipolaires. Il en existe deux types : type 1 et type 2. Bien que ces deux troubles aient plusieurs symptômes en commun, ils se distinguent de différentes façons et aucun d'entre eux ne devrait être considéré comme « plus » ou « moins » grave que l'autre. Les troubles bipolaires se caractérisent par la manifestation de phases maniaques et/ou hypomaniaques, pouvant être accompagnées d'épisodes dépressifs caractérisés. Sur une période d'un an, environ 0,6% de la population états-unienne est diagnostiquée avec un trouble bipolaire de type I.

3.1 Phases et principaux symptômes

3.1.1 Manie/épisode maniaque

Les phases maniaques sont susceptibles de survenir avant ou après d'autres épisodes hypomaniaques ou dépressifs, mais peuvent également avoir lieu seuls. Les épisodes maniaques, d'une durée d'au moins une semaine, sont caractérisés par une **humeur intensément positive, euphorique, intense ou irritable, et ce, de manière inhabituelle**. Les personnes vivant des périodes de manie verront leur propension à **s'investir dans des activités ayant un objectif précis ou requérant une quantité d'énergie importante augmentée** de manière significative. La manie peut engendrer une **augmentation importante de l'estime de soi**, au point que certains individus entretiennent des **idées de grandeur**. Par exemple, certains peuvent croire pouvoir exécuter un travail nécessitant des mois d'efforts et de préparation en une seule journée. Les épisodes maniaques induisent un **sentiment de « toute puissance »** pouvant mener à une **réduction importante du besoin de sommeil**. Un employé pourrait, par exemple, passer des nuits blanches à travailler sur un projet et tout de même se présenter tôt au travail le lendemain matin. Les épisodes maniaques peuvent également être à la source d'un **besoin important de parler** : les individus peuvent ainsi devenir particulièrement bavards durant ces périodes. Le discours peut devenir trop rapide et difficilement interruptible. Certaines personnes rapportent parfois avoir la sensation que leurs pensées « défilent », à un tel niveau qu'il peut devenir difficile pour elles de garder le fil de leurs propres idées. Leur **discours peut devenir désorganisé**, étant donné la **fuite rapide des idées** qui s'entremêlent dans leur discours intérieur. La manie peut aussi parfois générer une **distractibilité inhabituelle**. Par exemple, un employé habituellement concentré sur ses tâches pourrait se montrer plus facilement distrait par les sons qui l'entourent. Durant les phases maniaques, les personnes peuvent plus régulièrement entreprendre des activités orientées vers des objectifs précis ou se montrer particulièrement agitées. La sociabilité des personnes peut significativement croître jusqu'à ignorer la nature possiblement intrusive de certaines interactions. Leur emploi du temps peut facilement devenir chargé, étant donné le

nombre d'activités voulant être accomplies et de la confiance démesurée en la capacité de pouvoir toutes les accomplir. Dans certains cas plus sévères, des activités possiblement nocives peuvent être entreprises de façon immodérée. Les retentissements des épisodes maniaques sont parfois si importants que les personnes nécessitent une hospitalisation afin de minimiser les impacts des symptômes éprouvés durant cette période. Lorsqu'une hospitalisation ne s'avère pas essentielle, les impacts des symptômes maniaques sont manifestes et importants. Les phases maniaques influencent les différentes sphères de vie de la personne, comme les domaines professionnels, social ou financier.

3.1.2 Hypomanie/épisode hypomaniaque

Les symptômes des phases hypomaniaques sont similaires à ceux éprouvés durant les phases maniaques. Toutefois, les périodes sur lesquelles s'étend l'hypomanie sont significativement plus courtes que celles de la manie. En effet, les symptômes survenant durant les phases hypomaniaques sont éprouvés pendant au moins 4 jours et moins d'une semaine. La plus grande distinction entre la manie et l'hypomanie réside dans la sévérité des symptômes : alors que les épisodes maniaques engendrent une détresse importante et manifeste, les symptômes survenant au cours d'épisodes hypomaniaques ne sont pas suffisamment importants pour entraîner de façon marquée des répercussions sur les différentes sphères de vie des personnes ou pour nécessiter une hospitalisation.

3.1.2 Épisodes dépressifs caractérisés

Les symptômes découlant des épisodes dépressifs caractérisés sont similaires à ceux éprouvés dans le cadre d'un trouble dépressif caractérisé. Les périodes dépressives sont d'une durée d'environ deux semaines et engendrent une humeur dépressive et/ou une perte d'intérêt marquée pour les activités, y compris celles générant habituellement du plaisir (voir Trouble dépressif caractérisé).

3.2 Trouble bipolaire de type I

Les personnes vivant avec un trouble bipolaire de type I ont déjà fait l'expérience d'un épisode maniaque. Parfois, des épisodes dépressifs caractérisés peuvent survenir ultérieurement ou antérieurement à l'épisode maniaque. En revanche, tous les individus vivant avec un trouble bipolaire de type I ne feront pas nécessairement l'expérience d'un épisode dépressif caractérisé.

Vivre avec un trouble bipolaire, en règle générale, expose les individus à un risque suicidaire au moins 15 fois plus élevé que celui du reste de la population. Il est d'ailleurs estimé que les troubles bipolaires seraient à la source d'environ un quart des suicides complétés.

Les personnes vivant avec un trouble bipolaire de type I cessent habituellement d'être affectées par leurs symptômes en dehors des épisodes maniaques. Il est toutefois estimé qu'environ 30%

d'entre elles demeurent significativement impactées par leur trouble dans leur sphère professionnelle, et ce, même entre les épisodes. En fait, le temps passé entre les épisodes représente généralement des moments de récupération plutôt que des moments de guérison. Parfois, la récupération est insuffisante pour retrouver un rythme de travail fonctionnel. Cet impact majeur engendre fréquemment une diminution du statut socio-économique. Aussi, les individus vivant avec un trouble bipolaire de type I tendent à présenter des capacités cognitives plus amoindries que celles de la population générale. Cette diminution des performances cognitives est susceptible de subsister entre les phases maniaques, voire toute la vie.

3.3 Trouble bipolaire de type II

Les personnes vivant avec un trouble bipolaire de type II ont déjà vécu un épisode hypomaniaque et un épisode dépressif caractérisé. La spontanéité excessive, voire l'impulsivité, caractérisent parfois le comportement des personnes vivant avec un trouble bipolaire de type II. Cette impulsivité peut d'ailleurs parfois se trouver à la source de tentatives de suicide ainsi que de suicides accomplis. Au cours des épisodes hypomaniaques, une augmentation significative de la créativité peut être observée chez certains individus. Les personnes dont le potentiel créatif se trouve à être plus élevé lors de ces périodes peuvent ainsi tendre à se montrer réticentes à accepter de suivre un traitement pour atténuer les symptômes de leur trouble. Par exemple, un employé travaillant au sein d'une entreprise en publicité pourrait développer une forme d'appréciation vis-à-vis de ses épisodes hypomaniaques, et ce, malgré les nombreux inconvénients occasionnés par les symptômes éprouvés.

Au cours d'une année, environ 0,3% de la population mondiale est estimée souffrir d'un trouble bipolaire de type II, tandis que ce chiffre s'élève à 0,8% pour la population américaine. Tel qu'indiqué précédemment, les personnes atteintes de trouble bipolaire présentent un risque notablement accru de commettre une tentative de suicide. Au sein de la population vivant avec un trouble bipolaire de type II, environ le tiers rapporterait avoir commis une tentative de suicide. Le taux de suicide paraît peu varier selon le type de bipolarité : toutefois, il apparaît que les suicides complétés soient plus fréquents chez les personnes vivant avec un trouble bipolaire de type II.

À l'instar des personnes vivant avec un trouble bipolaire de type I, les personnes vivant avec un trouble bipolaire de type II cessent habituellement d'être affectées par leurs symptômes en dehors des épisodes symptomatiques. Il est toutefois estimé qu'environ 15% d'entre elles demeurent significativement impactées par leur trouble et que 20% des personnes vivant avec un trouble bipolaire de type II passeraient directement d'un épisode dépressif vers un épisode hypomaniaque ou vice versa, et ce, sans période de récupération entre les deux phases. La reprise professionnelle est ainsi susceptible de s'avérer plus complexe à entreprendre pour les personnes concernées ; ces difficultés peuvent occasionner une diminution du statut socio-

économique à leur endroit. De même que les individus vivant avec un trouble bipolaire de type I, ceux vivant avec un trouble bipolaire de type II tendent à démontrer de moins bonnes performances cognitives.

3.4 Impact des troubles bipolaires sur le travail

Bien que les troubles bipolaires soient considérés des troubles plus sévères et persistants que les troubles de l'humeur, on peut s'inspirer des mêmes constats et pratiques présentés à la section 2.3.

4. Troubles obsessionnels-compulsifs (TOC)

Le Trouble Obsessionnel-Compulsif (TOC) est un trouble mental courant caractérisé par des pensées intrusives récurrentes (obsessions) et des comportements répétitifs (compulsions) que la personne se sent obligée d'effectuer. Le TOC se caractérise par des obsessions, soit des idées, des pensées, des impulsions ou des images persistantes, intrusives et inappropriées, et par des compulsions, soit des rituels comportementaux répétitifs ou des actes mentaux visant à réduire l'anxiété ou le mal-être provoqués par les obsessions. Les obsessions provoquent une anxiété marquée, tandis que les compulsions sont les comportements que l'individu se sent obligé d'exécuter pour atténuer cette anxiété (Sobrinho, A. et col., 2023).

Le TOC est souvent diagnostiqué à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Il se manifeste par des obsessions (pensées récurrentes et indésirables) et des compulsions (comportements répétitifs pour réduire l'anxiété), causant une détresse significative et interférant avec la vie quotidienne (NIMH, 2023).

Selon le DSM-5 (APA, 2015), le TOC se manifeste par des obsessions, des compulsions ou les deux, causant une détresse significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Les symptômes doivent être chroniques, durant plus d'une heure par jour, ou causer une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement. Les spécifications du DSM-5 incluent la prise de conscience de l'individu quant au caractère excessif ou irrationnel des obsessions et compulsions (APA, 2015).

4.1 Les types, symptômes et pronostic des TOC

Le TOC peut avoir un impact significatif sur la vie professionnelle. Les individus atteints peuvent éprouver des difficultés à planifier, organiser et exécuter des tâches, entraînant une diminution de la productivité et une augmentation du chômage. Les symptômes compulsifs peuvent interférer avec les fonctions exécutives, la flexibilité cognitive et la vitesse de traitement, ce qui complique le développement de stratégies efficaces de résolution de problèmes (APA, 2015). Par

exemple, un individu peut passer une grande partie de sa journée à accomplir des rituels tels que l'alignement des objets ou le lavage des mains, rendant difficile l'accomplissement de ses responsabilités professionnelles.

Les symptômes du TOC incluent des obsessions telles que la peur de la contamination, les doutes constants, et le besoin d'ordre, ainsi que des compulsions comme le lavage excessif des mains, la vérification répétée ou le comptage. Le pronostic du TOC est souvent chronique, avec des symptômes qui peuvent s'améliorer ou s'aggraver au cours du temps. Les facteurs génétiques et neurobiologiques jouent un rôle significatif dans le développement du TOC. Bien que certains individus puissent voir une amélioration avec le traitement, d'autres peuvent continuer à éprouver des symptômes graves et invalidants (NIMH, 2023). Le TOC peut être exacerbé par des facteurs environnementaux et psychologiques et est souvent associé à d'autres troubles mentaux comme les troubles de l'humeur ou de l'anxiété (APA, 2015).

4.2 Impact des troubles obsessionnels compulsifs sur le travail

Les personnes atteintes de TOC peuvent rencontrer plusieurs défis au travail, notamment une baisse de productivité, des difficultés interpersonnelles et du présentéisme. En effet, les compulsions peuvent consommer une grande partie du temps de travail, réduisant ainsi la productivité. Les obsessions peuvent interférer avec la capacité de l'individu à interagir efficacement avec les collègues. Les employés peuvent être physiquement présents, mais mentalement distraits par leurs obsessions et compulsions, affectant ainsi leur performance (Sobrinho, A. et col., 2023).

4.3 Stratégies d'accompagnement pour les personnes vivant avec un trouble obsessionnel compulsif

Les stratégies d'accompagnement des personnes atteintes de TOC incluent des interventions pharmacologiques et psychothérapeutiques. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC), intégrant des techniques d'exposition et de prévention des rituels (EPR) ainsi que la restructuration cognitive, semble efficace. La participation de la famille est cruciale, car elle peut soit faciliter, soit entraver le traitement. L'éducation des familles sur le TOC et la réduction de l'accommodation familiale, c'est-à-dire l'adaptation excessive aux rituels de la personne vivant avec un TOC, sont essentielles pour améliorer les résultats du traitement (Sobrinho, A. et col., 2023). Une combinaison de psychothérapie et de médication, comme les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), est souvent recommandée (NIMH, 2023).

Les acteurs syndicaux doivent comprendre que le retour au travail des personnes atteintes de TOC nécessite une approche sensible. Voici quelques lignes directrices pour accompagner ces travailleurs :

- I. **Éducation et sensibilisation au TOC** : Informer les gestionnaires et collègues sur le TOC pour réduire la stigmatisation et favoriser un environnement de soutien.
- II. **Adaptation des tâches de travail** : Minimiser les déclencheurs de compulsions et permettre des pauses régulières si nécessaire. L'adaptation doit être raisonnable, car une adaptation excessive peut être mal avisée.
- III. **Support continu et suivi régulier** : Assurer un suivi régulier avec l'employé pour ajuster les stratégies de soutien en fonction de l'évolution de son état.

Les études démontrent qu'une compréhension précoce et un traitement approprié du TOC peuvent améliorer la qualité de vie des patients et favoriser une meilleure gestion de leurs symptômes (Sobrinho, A. et col., 2023).

Le TOC est un trouble mental complexe nécessitant une approche de soutien bien informé, surtout dans le cadre du travail. Les acteurs syndicaux, en développant une compréhension suffisante de ce trouble et en adoptant des pratiques de soutien appropriées, peuvent jouer un rôle crucial dans le processus de retour au travail des employés atteints de TOC. En créant un environnement de travail inclusif et en fournissant des aménagements raisonnables, ils peuvent aider ces travailleurs à retrouver leur équilibre professionnel et personnel.

5. Les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress

Les troubles associés à un traumatisme ou au stress se développent après une exposition à un événement traumatisant ou stressant. Ils se manifestent souvent par une dysphorie, une irritabilité, une dissociation, une toxicomanie ou une insomnie. Ces troubles diffèrent en termes de sévérité et de durée des symptômes (Barnhill, 2023). Les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress sont des troubles dont l'émergence est associée à l'occurrence d'événements traumatiques ou stressants. Certains éléments en lien avec ces troubles méritent d'être définis avant d'en approfondir la présentation.

La dissociation : Les réactions dissociatives sont fréquentes dans le cadre du développement de certains troubles liés à des traumatismes. Les dissociations peuvent durer quelques secondes, quelques heures, ou s'étendre jusqu'à plusieurs jours. Lorsqu'une personne vivant avec un trouble lié à un traumatisme dissocie, elle se conduit de la même manière que lorsque l'événement traumatique a eu lieu, comme si l'événement se reproduisait dans l'instant présent. La dissociation peut engendrer de brèves intrusions visuelles (des images s'imposant à l'esprit des personnes, des « flashes ») ou d'autres intrusions stimulant l'un des autres sens (p. ex., ressentir le contact à l'endroit où une personne aurait pu être touchée lors de l'événement traumatique). Dans d'autres cas, la dissociation peut induire une perte de conscience complète de l'instant présent et de l'environnement dans lequel la personne se trouve. Les épisodes de

dissociation sont communément appelés des flashbacks, traduits en français comme des « scènes rétrospectives ». En d'autres mots, les individus sont amenés à revivre des événements passés dans l'instant présent. Ces épisodes sont habituellement de durée brève, mais peuvent générer une grande détresse. Il existe deux grands sous-types de dissociation :

- I. **Dépersonnalisation** : Les personnes éprouvant des symptômes de dépersonnalisation font l'expérience du sentiment d'être détaché de leur corps. Les personnes se sentent alors spectatrices de leur train de pensée ou de leurs comportements, comme si elles n'étaient pas vraiment « présentes » à l'intérieur de leur corps. Les individus comparent parfois cette expérience à celle éprouvée lorsque l'on rêve, avec un sentiment de déréalisation ou de ralentissement du temps.
- II. **Déréalisation** : Les personnes éprouvant des symptômes de déréalisation font l'expérience d'un sentiment d'irréalité du monde qui les entoure. Cette irréalité peut s'apparenter à une sensation que l'environnement est irréel, déformé ou éloigné du corps. Le monde est peu défini, comme dans un rêve. Les personnes ont la sensation d'être dans leur corps, mais dans un environnement irréaliste.

L'hypervigilance : Les personnes hypervigilantes se montrent plus attentives à leur environnement que ce qui pourrait être habituellement observé. L'hypervigilance induit des réactions physiologiques exagérées, telles que des sursauts. Par exemple, la sonnerie d'un téléphone serait suffisante pour qu'un individu se montre surpris et prenne peur. Les personnes peuvent aussi faire preuve d'une attention accrue à l'égard de situations perçues comme potentiellement menaçantes, particulièrement lorsque ces situations ont un lien avec l'événement traumatique vécu (p. ex., se montrer nerveux en voiture à la suite de l'expérience d'un accident de voiture).

5.1 Trouble stress post-traumatique

Le TSPT affecte près de 9 % des personnes à un moment donné de leur vie, y compris au cours de l'enfance. Environ 4 % en souffrent chaque année. Les personnes vivant avec un TSPT ont en commun d'avoir soit été exposées au décès, à une blessure grave ou à des violences sexuelles. Les individus pourraient alors :

- I. Avoir été exposés à l'ensemble de ces éléments de diverses façons
- II. Avoir été témoins de ces éléments survenant chez une autre personne
- III. Avoir appris que ces éléments sont arrivés à une personne de leur entourage
- IV. Avoir été exposés de manière répétée à l'ensemble de ces éléments (p. ex., être intervenant de première ligne, pompier, policier, infirmier, etc.)

L'exposition à ces événements est susceptible d'engendrer des symptômes envahissants chez les personnes. Des souvenirs répétitifs et involontaires peuvent provoquer une détresse significative en s'imposant d'eux-mêmes à l'esprit des individus. Certains d'entre eux seraient

également susceptibles de voir la qualité de leur sommeil diminuer en raison de rêves répétitifs dont le contenu est souvent lié à l'élément traumatique auxquels ils ont été exposés. Des réactions dissociatives, comme des flashbacks, sont susceptibles de survenir chez les personnes vivant avec un TSPT. Une grande détresse peut être ressentie par les personnes lorsqu'ils sont en présence d'éléments évoquant l'événement traumatique (p. ex., marcher devant la rue où l'accident est survenu). Les indices internes peuvent aussi provoquer une détresse significative (p. ex., ressentir une augmentation de la respiration peut rappeler à la personne l'état dans lequel elle s'était trouvée durant un accident de voiture).

À l'issue de l'expérience de l'événement traumatique, des efforts peuvent être investis par les individus pour ne pas se remémorer l'événement et pour ne pas croiser des éléments dans l'environnement qui réveillent des souvenirs associés à cet événement. Pour certaines personnes vivant avec un TSPT, il peut être complexe, voire impossible, de se rappeler d'aspects importants de l'événement traumatique. Les événements traumatiques sont aussi susceptibles d'induire des changements au sein des modes de pensée des personnes. Celles vivant avec un TSPT sont exposées à entretenir des croyances négatives à l'égard d'elles-mêmes, des autres, et du monde dans lequel elles vivent (p. ex., « je suis un très mauvais employé », « mon collègue finira par me trahir », « le monde du travail est un monde cruel et dangereux »). Les croyances à propos de l'événement traumatique peuvent revêtir un caractère excessif en devenant peu logiques ; des raccourcis peuvent être empruntés sans que ceux-ci ne soient fondés sur la réalité. Ces croyances peuvent entraîner une grande culpabilité chez les individus vivant avec un TSPT (p. ex., « l'accident est survenu par ma faute ») ou engendrer un blâme des autres. L'humeur des personnes est communément plus négative et persistante : la tristesse, la colère, la crainte, la culpabilité, etc. sont des humeurs plus facilement ressenties par les individus vivant avec un TSPT. En conséquence, il peut être plus difficile pour ces individus d'éprouver des émotions positives, comme le bonheur, l'affection ou la satisfaction. Les affects négatifs sont en mesure de générer une perte d'intérêt ou une réduction significative envers la participation à des activités importantes, comme les loisirs ou les tâches professionnelles. Les personnes se sentent parfois détachées du monde qui les entoure, comme si elles étaient étrangères aux autres.

Les personnes vivant avec un TSPT peuvent se montrer plus irritables ou colériques que les autres individus ne vivant pas avec un tel trouble. Elles sont également plus exposées à poser des comportements nocifs pour elles-mêmes (p. ex., s'automutiler, fumer, boire de l'alcool, faire des tentatives de suicide, etc.). L'hypervigilance, les réactions de sursaut excessives et les problèmes de concentration sont aussi des symptômes pouvant être rencontrés par les individus vivant avec un TSPT. Les perturbations du sommeil ne sont pas rares : des difficultés d'endormissement et un sommeil interrompu ou agité par des cauchemars ou par des micro-réveils peuvent induire une fatigue notable chez les personnes. Finalement, certains individus vivant avec un TSPT peuvent faire l'expérience de dépersonnalisation et/ou de déréalisation.

Le portrait dressé ci-dessus se veut relativement exhaustif des symptômes pouvant être rencontrés par les personnes vivant avec un TSPT. Toutefois, toutes les manifestations présentées ne sont pas nécessairement vécues par les individus : par exemple, certains sont plus disposés à éprouver des symptômes associés à l'humeur négative, alors que d'autres connaîtront davantage une augmentation des perturbations de leur sommeil ou un évitement actif des éléments leur rappelant l'événement traumatique.

Entretenir des relations de qualité dans le temps peut être une tâche complexe pour les personnes vivant avec un TSPT, surtout lorsque l'événement traumatique se caractérise par une grande répétition (p. ex., abus répétés durant l'enfance). Certaines personnes peuvent éprouver des expériences s'apparentant à des hallucinations : « entendre » ses propres pensées en est un exemple. Des idées de persécution peuvent aussi, occasionnellement, prendre place (voir : Trouble délirant, délire de persécution).

5.2 Trouble de l'adaptation

Le trouble de l'adaptation est considéré comme relativement fréquent, quoique le nombre de diagnostics est susceptible de varier selon les populations étudiées. Le nombre de personnes traitées en soins ambulatoires (sans hospitalisation) recevant un diagnostic de trouble de l'adaptation est estimé varier de 5% à 20%. Le trouble de l'adaptation survient lorsque plusieurs symptômes émotionnels ou comportementaux font leur apparition à l'issue d'un ou de plusieurs facteurs de stress clairement identifiables. Ces symptômes engendrent une détresse psychologique importante et excessive, en comparaison à la gravité objective des facteurs de stress identifiés. Les personnes vivant avec un trouble de l'adaptation peuvent aussi éprouver des difficultés marquées dans différentes sphères de leur vie, comme celles sociale ou professionnelle. Il importe de remarquer que le maintien des symptômes du trouble de l'adaptation dépend de la durabilité des facteurs de stress : ainsi, lorsque ces facteurs sont supprimés ou prennent fin, les symptômes, éventuellement, disparaissent.

Certaines personnes, en même temps que des symptômes usuels du trouble de l'adaptation présentés ci-dessus, sont exposées à une diversité d'autres difficultés émotionnelles et comportementales. Certains individus sont susceptibles de devoir composer avec une humeur dépressive, laquelle se caractérise par une baisse significative de l'humeur, par des larmes plus fréquentes ou par un sentiment de désespoir marqué. D'autres peuvent présenter une humeur davantage anxieuse, en se sentant davantage nerveux ou inquiets.

5.3 Impact des troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress sur le travail

Les travailleurs souffrant de troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress peuvent rencontrer des difficultés significatives dans leur environnement professionnel. Les symptômes tels que l'hypervigilance, les difficultés de concentration et les réactions émotionnelles intenses peuvent nuire à la performance et à la satisfaction au travail. Ces troubles peuvent également entraîner des absences prolongées et des défis lors du retour au travail. La présence d'un TSPT engendre de nombreuses difficultés dans de multiples sphères de vie, notamment aux niveaux physique, social, professionnel et financier. Par exemple, chez les vétérans vivant avec un TSPT, la qualité des relations sociales et familiales paraît amoindrie, l'absentéisme au travail risque d'être plus fréquent et leurs revenus et réussite professionnelle sont généralement moins élevés.

5.4 Stratégies de retour au travail après troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress

Lorsque le lieu ou le contexte de travail n'est pas associé au traumatisme, le travail peut aider à remettre les choses en perspective, donner un sentiment de contrôle et donner accès à un réseau de soutien à la personne. Toutefois, le travail peut dans certains cas exacerber les traumatismes et les flashbacks, surtout si l'événement est survenu au travail ou dans un contexte similaire. Le fait de revivre les traumatismes ralentit le processus de rétablissement (Williams et Williams, 2020). Une compréhension de ces troubles est cruciale pour les acteurs syndicaux afin de fournir un soutien adéquat et favoriser une réintégration réussie. Les acteurs syndicaux doivent adopter une approche compréhensive et empathique pour accompagner les travailleurs dans leur retour au travail après un trouble lié à un traumatisme ou à un facteur de stress. Voici quelques stratégies efficaces :

- I. **Évaluation et planification** : Évaluer les besoins spécifiques du travailleur et élaborer un plan de retour au travail personnalisé en collaboration avec des professionnels de la santé.
- II. **Aménagement du poste de travail** : Adapter le poste de travail pour réduire les sources de stress et faciliter la réintégration progressive.
- III. **Soutien psychosocial** : Offrir un soutien continu par le biais de programmes d'assistance aux employés et de groupes de soutien.
- IV. **Formation et sensibilisation** : Former les gestionnaires et les collègues sur les troubles liés aux traumatismes pour favoriser un environnement de travail compréhensif et solidaire.
- V. **Suivi régulier** : Maintenir un suivi régulier pour ajuster les stratégies de soutien en fonction des progrès du travailleur.

Comprendre les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress est essentiel pour les acteurs syndicaux afin de soutenir efficacement les travailleurs dans leur processus de retour au travail. Une approche empathique et bien informée peut faire une différence significative dans la réintégration réussie et le bien-être global des employés. En développant des connaissances suffisantes sur ces troubles, les acteurs syndicaux pourront jouer un rôle crucial dans la promotion d'un environnement de travail sain et inclusif.

6. Les troubles liés à une substance

Les troubles liés à une substance constituent une catégorie importante de troubles mentaux, affectant des millions de personnes dans le monde. Selon la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2020), environ 20,4 millions de personnes aux États-Unis souffraient de troubles liés à l'utilisation de substances en 2019. Ces troubles peuvent entraîner des problèmes de santé physique et mentale, augmenter le risque de comportements dangereux et entraîner des difficultés économiques. Ils peuvent avoir des conséquences graves sur la vie personnelle, professionnelle et sociale des individus concernés, représentant ainsi un enjeu majeur de santé mentale au travail.

Les troubles liés à une substance incluent la dépendance et l'abus de substances telles que l'alcool, les drogues illicites et les médicaments sur ordonnance. Khan (2022) souligne que ces troubles se caractérisent par une incapacité à contrôler l'utilisation de la substance malgré les conséquences négatives, un besoin croissant de la substance pour atteindre l'effet désiré, et des symptômes de sevrage lors de la réduction ou de l'arrêt de la consommation. Les approches de traitement incluent des interventions médicales pour gérer le sevrage et des thérapies comportementales pour modifier les comportements addictifs.

Les troubles liés à une substance résultent de l'interaction de plusieurs facteurs biologiques, psychologiques et sociaux :

- I. **Facteurs biologiques** : Incluent la génétique, la neurobiologie et les antécédents familiaux de dépendance.
- II. **Facteurs psychologiques** : Comprennent des traits de personnalité, des troubles mentaux concomitants (comme la dépression et l'anxiété) et des expériences traumatiques.
- III. **Facteurs sociaux** : Englobe l'environnement social, les pressions culturelles, les situations de stress et les relations interpersonnelles.

6.1 Les types, symptômes et pronostic des troubles liés à une substance

L'identification et le diagnostic des troubles liés à une substance nécessitent une évaluation clinique approfondie. Les professionnels de la santé utilisent des critères diagnostiques

spécifiques, tels que ceux du DSM-5, pour déterminer la présence et la sévérité du trouble. Les critères incluent des éléments tels que l'incapacité à contrôler l'utilisation de la substance, les échecs répétés à remplir les obligations professionnelles et sociales, et les problèmes légaux liés à l'utilisation de la substance.

Les troubles liés à une substance se définissent par un ensemble de critères diagnostiques spécifiques à chaque substance, incluant :

- I. **Usage problématique** : Consommation récurrente entraînant un manquement aux obligations majeures (travail, école, maison).
- II. **Perte de contrôle** : Incapacité de réduire ou contrôler la consommation, malgré les tentatives.
- III. **Tolérance** : Besoin de quantités de plus en plus grandes de la substance pour obtenir l'effet désiré.
- IV. **Sevrage** : Symptômes physiques et mentaux apparaissant à l'arrêt ou à la réduction de la consommation.

6.2 Les troubles liés à une substance se classent en 3 catégories

I. Alcool :

- i. **Trouble de l'usage de l'alcool** : Classé selon la sévérité (léger, moyen, grave), caractérisé par une consommation problématique d'alcool.
- ii. **Intoxication par l'alcool** : Altération comportementale ou psychologique due à l'ingestion récente d'alcool.
- iii. **Sevrage de l'alcool** : Symptômes survenant à l'arrêt ou à la réduction de la consommation d'alcool.

II. Cannabis :

- i. **Trouble de l'usage du cannabis** : Comprends l'utilisation problématique, classée selon la sévérité.
- ii. **Intoxication par le cannabis** : Perturbations mentales et comportementales liées à la consommation de cannabis.
- iii. **Sevrage du cannabis** : Symptômes apparaissant après l'arrêt de l'usage prolongé et intensif du cannabis.

III. Opiïdes :

- i. **Trouble de l'usage des opiïdes** : Usage problématique d'opiïdes, souvent prescrit pour la gestion de la douleur, mais pouvant mener à une dépendance.
- ii. **Intoxication par les opiïdes** : Comprends des changements de comportement, une altération de la conscience et une dépression respiratoire.
- iii. **Sevrage des opiïdes** : Symptômes physiques et psychologiques dus à l'arrêt ou à la réduction de la consommation.

6.3 Impact des troubles liés à une substance sur le travail

Les troubles liés à une substance ont des conséquences significatives sur le lieu de travail. Ils peuvent entraîner une baisse de productivité, une augmentation des absences, des accidents du travail et des conflits interpersonnels. Les travailleurs souffrant de ces troubles peuvent également faire face à la stigmatisation et à la discrimination, ce qui peut compliquer leur retour au travail.

6.4 Stratégies d'accompagnement pour les personnes vivant avec un trouble lié à une substance

Les acteurs syndicaux jouent un rôle crucial dans l'accompagnement des travailleurs touchés par des troubles liés à une substance. Ils doivent être sensibilisés aux signes avant-coureurs, aux critères diagnostiques et aux implications légales et sociales de ces troubles. Les syndicats doivent organiser des séances de sensibilisation et de formation pour leurs membres afin d'accroître la compréhension des troubles liés à une substance et de promouvoir un environnement de travail sécuritaire et inclusif.

Le soutien aux travailleurs affectés doit inclure des références à des services de traitement spécialisés, la mise en place de programmes de soutien au sevrage, et des aménagements raisonnables pour faciliter le retour au travail.

Le retour au travail pour les individus souffrant de troubles liés à une substance nécessite une approche compréhensive et individualisée. Les stratégies suivantes peuvent être mises en place pour soutenir ces travailleurs :

- I. **Évaluation préalable au retour au travail** : Évaluer l'état de santé mentale et physique du travailleur pour déterminer s'il est prêt à reprendre ses fonctions.
- II. **Aménagements raisonnables** : Adapter le poste de travail ou les horaires pour faciliter le retour progressif au travail.
- III. **Soutien continu** : Fournir un accès continu à des ressources de santé mentale et de soutien social.
- IV. **Formation des collègues et des supérieurs** : Sensibiliser l'ensemble de l'équipe de travail aux troubles liés à une substance pour réduire la stigmatisation et favoriser un environnement de travail inclusif.

Les troubles liés à une substance représentent un défi majeur pour les individus et les employeurs. Comprendre ces troubles, leurs impacts sur le travail et les meilleures pratiques pour soutenir les travailleurs dans leur processus de retour au travail est essentiel pour les acteurs syndicaux. En développant une connaissance suffisante de ces troubles et en mettant en

place des stratégies de soutien adéquates, les syndicats peuvent jouer un rôle crucial dans la réintégration professionnelle des travailleurs souffrant de troubles liés à une substance. La mise en œuvre de pratiques syndicales informées et compassionnelles peut contribuer à une meilleure santé mentale et à un environnement de travail plus sûr et productif.

7. Les troubles neurodéveloppementaux

Les troubles neurodéveloppementaux sont des affections qui débutent généralement durant la période du développement précoce, souvent avant l'entrée à l'école primaire et affectent le développement des fonctions cérébrales supérieures. Bien que largement étudiés chez les enfants, ces troubles demeurent relativement inexplorés chez les adultes (Candal-Zürcher, Chatelain, et Verdon, 2022).

Ils sont caractérisés par des déficits qui impactent le fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel, et peuvent avoir des répercussions significatives sur la vie quotidienne et la capacité à travailler (APA, 2015). Définis par le DSM-5 et la CIM-11, ces troubles incluent des déficits cognitifs et comportementaux spécifiques (APA, 2015; OMS, 2022). Ils se manifestent par une variété de symptômes et affectent significativement le fonctionnement adaptatif dans divers domaines tels que l'éducation, le travail et les relations sociales. Les classifications modernes privilégient une approche dimensionnelle, reconnaissant un continuum dans la sévérité des symptômes selon les caractéristiques individuelles et les expériences de vie. Les symptômes spécifiques et le pronostic varient selon le type de trouble.

7.1 Les types, symptômes et pronostic des troubles neurodéveloppementaux

Les principaux troubles neurodéveloppementaux comprennent plusieurs conditions telles que le trouble du développement intellectuel, les troubles de la communication, le trouble du spectre de l'autisme, le trouble déficit de l'attention/hyperactivité, les troubles neurodéveloppementaux moteurs et le trouble spécifique des apprentissages. Les troubles neurodéveloppementaux sont souvent diagnostiqués sur la base d'une évaluation clinique et de tests standardisés. Les spécifications diagnostiques permettent d'individualiser le diagnostic et d'enrichir la description clinique des personnes atteintes (APA, 2015). Pour le présent guide, trois troubles seront décrits : le trouble du développement intellectuel, le trouble du spectre de l'autisme et le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH).

7.2 Le trouble du développement intellectuel

Le handicap intellectuel, ou trouble du développement intellectuel se manifeste par un déficit général des capacités mentales telles que le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, la pensée abstraite, le jugement et les apprentissages scolaires. Ce trouble entraîne

également un déficit des fonctions adaptatives, affectant ainsi l'autonomie personnelle et la responsabilité sociale (APA, 2015). Au travail, les personnes atteintes peuvent nécessiter un soutien pour accomplir des tâches complexes et répondre aux exigences professionnelles. Des adaptations du poste de travail et des tâches peuvent améliorer l'autonomie personnelle et la responsabilité sociale des personnes ayant un trouble du développement intellectuel.

7.3 Le trouble du spectre de l'autisme (TSA)

La prévalence du TSA est estimée à environ 1% de la population (Baghdali et al., 2017). Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) se caractérise par des déficits persistants de la communication et des interactions sociales, ainsi que par des comportements répétitifs et des intérêts restreints (APA, 2015). Les déficits dans la communication incluent des difficultés à comprendre les normes sociales et à établir des relations réciproques (Candal-Zürcher et al., 2024). Le diagnostic repose sur l'observation de symptômes dans les domaines de la communication sociale et des comportements restreints/répétitifs, présents dès la petite enfance (APA, 2015). Les personnes atteintes peuvent éprouver des difficultés avec les interactions sociales, la flexibilité et l'adaptation aux changements. Un environnement de travail structuré et prévisible est souvent bénéfique. Le pronostic dépend de la sévérité des symptômes et du soutien disponible. (Candal-Zürcher, Chatelain, et Verdon, 2022).

7.4 Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)

La prévalence du TDAH chez les adultes est estimée à environ 2.5% (Faraone, Biederman, & Mick, 2015). Les hommes sont plus fréquemment diagnostiqués que les femmes, bien que des biais diagnostiques existent (Young et al., 2020). Le diagnostic repose sur une évaluation clinique approfondie, incluant des entretiens avec des proches et l'utilisation de questionnaires d'auto-évaluation et de tests neuropsychologiques (Candal-Zürcher et al., 2024).

Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) se manifeste par des niveaux handicapants d'inattention, de désorganisation et/ou d'hyperactivité-impulsivité, qui interfèrent avec le fonctionnement quotidien (APA, 2015). Le TDAH chez l'adulte se caractérise par au moins cinq symptômes d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité. Les manifestations de l'inattention incluent des difficultés à maintenir l'attention, à organiser des tâches, et à suivre des instructions. L'hyperactivité se manifeste par une agitation physique, une difficulté à rester assis, et des comportements impulsifs (Candal-Zürcher et al., 2022). Les personnes atteintes peuvent avoir des difficultés à se concentrer, à organiser leurs tâches et à rester assises pendant de longues périodes. Les conséquences fonctionnelles du TDAH incluent des difficultés académiques et professionnelles, des problèmes relationnels, et une prévalence accrue de comportements à risque (Candal-Zürcher et al., 2024). Les stratégies de gestion du temps et un environnement de

travail flexible peuvent atténuer les conséquences fonctionnelles. Un soutien continu peut améliorer le pronostic (Candal-Zürcher, Chatelain, et Verdon, 2022).

7.5 Impact des troubles neurodéveloppementaux sur le travail

Les troubles neurodéveloppementaux, bien que principalement étudiés chez les enfants, affectent également les adultes et peuvent avoir des répercussions significatives sur le travail. Ces troubles incluent des déficits cognitifs et comportementaux qui peuvent entraver le fonctionnement personnel, social et professionnel. Voici comment différents types de troubles neurodéveloppementaux peuvent impacter le milieu de travail.

Les personnes atteintes de trouble du développement intellectuel peuvent nécessiter un soutien pour accomplir des tâches complexes et répondre aux exigences professionnelles. Des adaptations du poste de travail et des tâches peuvent être nécessaires pour compenser les déficits en raisonnement, planification et jugement.

Les personnes atteintes de TSA éprouvent des difficultés avec les interactions sociales, la flexibilité et l'adaptation aux changements. Un environnement de travail structuré et prévisible est souvent bénéfique pour ces individus. Les employeurs peuvent aider en fournissant des directives claires et en minimisant les changements imprévus.

Les manifestations du TDAH incluent des difficultés à maintenir l'attention, à organiser des tâches, et à suivre des instructions. Les personnes atteintes peuvent avoir des difficultés à se concentrer et à rester assises pendant de longues périodes. Les stratégies de gestion du temps et un environnement de travail flexible peuvent être utiles pour atténuer les conséquences fonctionnelles du TDAH.

7.6 Stratégies d'accompagnement auprès de personnes vivant avec un trouble neurodéveloppemental

Pour les actrices et acteurs syndicaux, il est crucial de comprendre ces troubles afin de soutenir efficacement les membres affecté(e)s dans leur environnement de travail. La sensibilisation et la formation des personnes syndiquées sur la nature des troubles neurodéveloppementaux et leurs impacts potentiels sur le travail sont essentielles. Il est également important de collaborer avec les employeurs pour adapter les postes de travail et les tâches en fonction des besoins spécifiques des employés atteints de troubles neurodéveloppementaux. Un soutien continu, incluant des aménagements raisonnables et des ajustements en cours d'emploi, est essentiel pour garantir une intégration réussie et durable dans le milieu de travail. Favoriser une communication ouverte entre les employeurs, les employé(e)s et les représentant(e)s syndicaux

est également crucial pour identifier et mettre en œuvre les mesures de soutien nécessaires, contribuant ainsi à un environnement de travail inclusif et respectueux (APA, 2015).

8. Troubles du sommeil

L'insomnie sera le seul et unique trouble abordé dans la présente section. Pouvant se présenter seule ou en concomitance avec un autre trouble, l'insomnie est susceptible d'engendrer de nombreux inconvénients chez les personnes qui en vivent, notamment en milieu professionnel.

8.1 Insomnie

L'insomnie se caractérise essentiellement par des plaintes régulières en ce qui concerne la qualité ou la quantité de sommeil jugée insatisfaisante par les personnes. Certaines peuvent considérer ne pas dormir suffisamment, alors que d'autres pourraient plutôt expérimenter un sommeil estimé comme peu réparateur. Trois types d'insomnie peuvent être éprouvés par les individus :

- I. **L'insomnie d'endormissement (insomnie initiale)** : Les individus sont aux prises avec des difficultés d'endormissement.
- II. **L'insomnie du milieu de nuit (insomnie de maintien)** : Les individus n'éprouvent pas de difficultés d'endormissement, mais font l'expérience de réveils fréquents au courant de la nuit.
- III. **L'insomnie de fin de nuit** : Les individus se réveillent très tôt le matin, sans réussir à se rendormir.

La plupart du temps, les personnes vivant avec de l'insomnie sont aux prises avec ces trois différents types d'insomnie. En d'autres mots, un type d'insomnie n'exclut pas les autres. Toutefois, l'insomnie du milieu de nuit est le type d'insomnie le plus fréquemment rencontré, lorsqu'un seul type d'insomnie nuit au sommeil des personnes. Ces symptômes sont susceptibles de faire place à des plaintes des individus, jugeant que leur sommeil est peu réparateur. Il peut arriver que des personnes n'expérimentent aucune difficulté de sommeil (pas de difficulté à s'endormir, à rester endormi ou à se rendormir après un réveil), mais aient tout de même l'impression de ne pas disposer d'un sommeil suffisamment réparateur.

Habituellement, les difficultés de sommeil associées à l'insomnie sont éprouvées au moins trois nuits par semaine. Ces difficultés de sommeil caractéristiques de l'insomnie exposent les individus à des difficultés diurnes, soit au courant de la journée. Les personnes peuvent se sentir fatiguées, éprouver des difficultés d'attention, de concentration et de mémoire, et moins bien performer aux tâches nécessitant certaines habiletés cognitives ou des tâches manuelles. Les difficultés de sommeil sont également susceptibles d'induire de l'irritabilité dans l'humeur des personnes.

Vouloir s'endormir, pour les personnes vivant avec de l'insomnie, peut représenter un véritable facteur de stress. Plus une personne souhaite dormir, plus elle investit des efforts pour

s'endormir ; lorsque le sommeil ne vient pas, la personne peut se sentir frustrée, et ainsi, davantage retarder le moment de son endormissement. Les efforts excessifs pour trouver le sommeil sont d'ailleurs en état de renforcer les symptômes de l'insomnie plutôt que de les amoindrir. Éventuellement, les personnes peuvent développer des habitudes de vie peu adéquates ainsi que des croyances négatives en lien avec leur insomnie. Par exemple, certains individus pourraient passer plus de temps au lit qu'ils ne le devraient, faire beaucoup de siestes en journée, excessivement craindre de ne pas trouver le sommeil ou garder les yeux fixés sur l'horloge, de peur de manquer de sommeil pour le lendemain.

L'insomnie est le trouble du sommeil diagnostiqué le plus récurrent, avec une fréquence de diagnostic s'élevant d'environ 6 à 10%. Il est peu fréquent que l'insomnie se présente seule : en effet, environ la moitié des individus diagnostiqués avec de l'insomnie sont également diagnostiqués avec un autre trouble de la santé mentale, sans compter les autres maladies physiques pouvant être diagnostiquées en concomitance.

8.2 Impact de l'insomnie sur le travail

Ce trouble du sommeil engendre de nombreuses répercussions dans la vie quotidienne des personnes, et ce, à plusieurs niveaux. Les relations interpersonnelles et le milieu professionnel peuvent, entre autres, être impactés par les symptômes ressentis par les individus. L'importance accordée au sommeil, l'irritabilité pouvant découler des difficultés de sommeil et la diminution de la concentration peuvent significativement impacter les différentes sphères de vie des personnes. La réduction parfois drastique de l'attention se trouve parfois à la source d'accidents survenant chez les personnes vivant avec de l'insomnie. À long terme, l'insomnie dispose davantage les individus au développement d'un trouble dépressif, à un taux d'absentéisme au travail plus élevé et à une diminution de la productivité au travail.

9. Troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité s'organisent selon trois grands groupes distincts. Deux des 10 troubles de la personnalité figureront dans le présent guide, soit le trouble de la personnalité narcissique ainsi que le trouble de la personnalité limite. Le tableau ci-dessous propose une description brève de chacun des troubles de la personnalité. Il est à noter que les troubles de la personnalité sont, comme leur nom l'indique, relatif à la personnalité. Les symptômes qui les caractérisent sont ainsi des **modes de fonctionnement**, des façons d'être intrinsèques à la personne, lesquelles émergent généralement tôt dans la vie adulte des individus. Le tableau suivant présente les troubles de la personnalité tels que divisés dans le DSM-V. Dans ce guide, nous nous attarderons plus spécifiquement sur le trouble de personnalité limite (borderline).

9.1 Les types de troubles de personnalité

Groupe A	Personnalité paranoïaque	Caractérisée par une grande méfiance des autres en leur attribuant de mauvaises intentions.
	Personnalité schizoïde	Caractérisée par une indifférence et un détachement des relations interpersonnelles et sociales ainsi que d'une limitation de l'expression des émotions.
	Personnalité schizotypique	Caractérisée par un malaise éprouvé à l'égard des relations proches, par des déformations cognitives et perceptuelles (des croyances déviantes ainsi que des perceptions proches des hallucinations) et par des comportements excentriques.
Groupe B	Personnalité antisociale	Caractérisée par un dédain des autres et par une violation de leurs droits.
	Personnalité borderline	Caractérisée par une grande impulsivité, une inconstance dans les relations avec les autres et une instabilité dans l'image de soi et de l'humeur éprouvée.
	Personnalité histrionique	Caractérisée par une expression émotionnelle intense et par une recherche constante d'attention.
	Personnalité narcissique	Caractérisée par des pensées et des conduites grandioses (surestimation de soi-même et de ses capacités), d'un besoin profond d'être admiré et par un manque considérable d'empathie envers les autres.
Groupe C	Personnalité évitante	Caractérisée par un malaise dans les relations interpersonnelles et les interactions sociales, par un sentiment d'inadéquation et d'incapacité et par une sensibilité accrue vis-à-vis la critique ou le jugement négatif d'autrui.
	Personnalité dépendante	Caractérisée par une soumission accrue aux autres, par une tendance à l'intrusion excessive dans la vie d'autrui et par un besoin important de soutien et de prise en charge.
	Personnalité obsessionnelle-compulsive	Caractérisée par une importance excessive accordée à l'ordre, au contrôle et à la perfection et par une tendance extrême à la minutie et à la préoccupation aux détails.

9.2 Trouble de la personnalité limite (personnalité borderline)

Dans la population générale, il est estimé que 1,6 à 5,9% de la population générale vivrait avec un diagnostic de trouble de personnalité limite (TPL). Le TPL est caractérisée par une impulsivité excessive, par une inconstance dans les relations avec les autres et une instabilité dans l'image de soi et de l'humeur éprouvée. Les personnes vivant avec un TPL peuvent entretenir des craintes d'abandon démesurées, ce qui peut les conduire à adopter des comportements visant à prévenir cet abandon. Lorsque confrontés à une séparation, les individus peuvent ressentir une détresse importante, voire de la colère. Ces moments « d'abandon » peuvent les inciter à modifier leur estime d'eux-mêmes et à penser qu'ils sont délaissés parce qu'ils sont de mauvaises personnes. Leurs relations sont exposées à une instabilité notable : les personnes vivant avec un TPL peuvent rapidement reconsidérer leur avis à propos des individus qu'elles côtoient, en les idéalisant et en les valorisant à un moment, et en les détestant et les méprisant à un autre moment. Certaines relations sont susceptibles de sembler devenir significatives rapidement. Par exemple, en quelques jours seulement, un collègue pourrait devenir un prétendument meilleur ami. Néanmoins, un événement ordinaire pourrait faire changer l'avis des personnes et les faire considérer leur collègue comme un ennemi. En d'autres mots, l'avis des personnes vivant avec un TPL peut paraître dénué de nuance : soit leurs amis sont très bons, soit ils sont très mauvais.

La notion de soi est également sujette à des perturbations. L'identité des individus vivant avec un TPL peut leur sembler diffuse, floue et changeante ; il est difficile pour elles de percevoir une forme de « continuité » dans la personne qu'elles sont (Lingiardi et McWilliams, 2017). Les valeurs et les objectifs professionnels peuvent ainsi rapidement changer de direction (APA, 2015). Il n'est pas rare que les personnes éprouvent des difficultés particulières à se décrire elles-mêmes, de manière profonde. Les personnes vivant avec une personnalité borderline peuvent également être soumises à une impulsivité excessive dans plusieurs domaines, notamment dans les finances, la sexualité, la toxicomanie ou la conduite automobile. Ces impulsions dénotent de la sensibilité accrue parfois présente chez les personnes vivant avec un TPL au stress ressenti causé par des événements externes ou par des angoisses. Certaines personnes peuvent devenir plus vulnérables aux impulsions suicidaires en nourrissant des pensées et des comportements autodestructeurs. La mutilation peut parfois devenir vecteur d'apaisement et de soulagement, en faisant les personnes se faire sentir « en vie » (Lingiardi et McWilliams, 2017). Leur humeur est sujette à de nombreux changements, en plus d'être vécue intensément (APA, 2015). Cette instabilité émotionnelle peut aussi être accompagnée de crises de rage vives ainsi que des difficultés à les contenir. Ces accès de colère prennent parfois racine dans la crainte d'être abandonné – les personnes vivant avec un TPL peuvent alors se trouver à blâmer les autres, jugeant qu'ils les négligent ou qu'ils ne sont pas suffisamment dévoués à leur égard. Étant donné l'instabilité caractérisant l'image de soi, ces crises de colère sont parfois suivies d'un sentiment de culpabilité profond. Les individus peuvent alors juger qu'ils sont de mauvaises personnes. Certaines personnes vivant avec un TPL rapportent ressentir un état de vide profond en

percevant peu de sens à leur vie. L'ennui peut les pousser à vouloir se tenir constamment occupées. Lors de périodes plus stressantes, elles sont susceptibles de vivre des symptômes de dissociation ou d'entretenir la conviction que les autres leur veulent du mal et qu'ils en seraient la cible.

Les personnes vivant avec un TPL sont plus exposées à vivre leurs émotions de manière intense, au point d'en perdre le contrôle et leurs moyens ainsi que leur capacité à s'adapter au quotidien (Lingiardi et McWilliams, 2017). Cette tendance aux extrêmes justifie l'apaisement ressenti lorsqu'une autre personne est présente pour favoriser la diminution de l'intensité des affects. En revanche, lorsque les individus vivant avec un TPL tissent des liens plus forts avec une autre personne, ils peuvent se sentir plus facilement contrôlés ou engloutis par l'autre, en même temps que d'éprouver des craintes d'abandon tel que décrit plus tôt. Il peut devenir plus difficile pour eux d'associer les pensées aux actions et éprouver des difficultés à comprendre les affects, émotions, intentions et comportements des autres. Ceci est susceptible de mener les individus à mal interpréter certaines situations ou à mal saisir leurs propres ressentis émotionnels et la raison pour laquelle ils agissent d'une certaine manière. Leur perception des autres et d'eux-mêmes peut ainsi se trouver largement simplifiée ; il n'est pas rare que les personnes vivant avec un TPL ne puissent considérer qu'une seule partie d'une personne ou d'elle-même. Cela explique la raison pour laquelle leur opinion des autres et d'eux-mêmes est souvent peu nuancée. Les émotions pouvant fréquemment être éprouvées par les personnes vivant avec un TPL sont celles comme la peur, la honte ou la rage (Lingiardi et McWilliams, 2017).

9.3 Impact du trouble de personnalité limite sur le travail

Selon une recension des écrits réalisées par Dahl, de l'Université de Sherbrooke (2016), les personnes TPL en milieu de travail sont plus susceptibles d'avoir des difficultés relationnelles avec les collègues et les gestionnaires ; de faire preuve d'incivilité ; de se montrer sensibles aux critiques et impulsives ; d'utiliser des stratégies d'évitement et de procrastination dans la réalisation des tâches ; de se remettre en question professionnellement et de changer d'emploi ou de carrière fréquemment ; de s'absenter du travail et d'adopter des comportements d'auto-sabotage de leur lien d'emploi. Il est important de souligner que la personne atteinte d'un trouble de la personnalité n'adopte pas délibérément des comportements qui peuvent nuire à l'exécution du travail et aux relations interpersonnelles avec les collègues, la clientèle et les gestionnaires.

9.4 Stratégies d'accompagnement auprès de personnes vivant avec un trouble neurodéveloppemental

Toujours selon Dahl (2016), lorsque possible et accordée par la personne, il est facilitant d'établir des communications, de la collaboration et de la coordination entre les acteurs des différents

systèmes (milieu de travail, assurances et système de santé) et la personne. On peut offrir du soutien et des accommodements appropriés par rapport aux besoins de la personne comme :

- I. Horaires, pauses et congés flexibles
- II. Possibilité de changer de tâches ou de département
- III. Clarification et stabilité des conditions et des attentes en lien avec le retour au travail
- IV. La possibilité de s'absenter plus rapidement avec un plan de retour clairement établi permet d'éviter que la situation empire et réduit l'anxiété d'une absence prolongée.

10. Troubles psychotiques

Les troubles psychotiques font l'objet d'une section entière du DSM-5. Il faut savoir que leur prévalence est moindre que les autres troubles vus précédemment. Il est estimé que 0,2% des gens vivront dans leur vie développeront un trouble délirant, alors qu'environ 0,3% à 0,7% de la population développerait une schizophrénie à un moment de la vie. Les idées de persécution sont les idées les plus fréquemment observées.

Le DSM-5 met en lumière cinq éléments-clés qui permettent de distinguer les troubles psychotiques des autres troubles de la santé mentale. Ces éléments peuvent être répartis selon deux grandes catégories : les symptômes positifs et les symptômes négatifs. La personne vivant avec un trouble psychotique peut avoir un ou des symptômes parmi ceux présentés ci-dessous :

I. Les symptômes positifs

Les symptômes positifs sont des manifestations inhabituelles ou anormales qui surviennent chez une personne. Ces symptômes sont en quelque sorte des ajouts au comportement normal, ou des manifestations qui n'apparaissent pas chez les individus qui ne vivent pas avec un trouble psychotique.

- i. **Les idées délirantes** : Elles sont des croyances rigides et inaltérables. La personne qui présente des idées délirantes pourrait persister à croire en quelque chose, même en faisant face à des contradictions considérées comme évidentes. Les différents types de délires seront abordés dans la section portant sur le trouble délirant.
- ii. **Les hallucinations** : Elles sont des expériences sensorielles. Bien que ces expériences puissent altérer un ou plusieurs des cinq sens, les hallucinations auditives sont les hallucinations les plus fréquentes. Lorsqu'un individu éprouve des hallucinations, il ressent clairement l'activation de l'un de ses sens (par exemple, il peut voir ou entendre réellement quelque chose) sans qu'aucun stimulus externe ne soit à l'origine

de ces activations. Il est à noter que les hallucinations ne sont pas des expériences contrôlées par la personne. Elles se présentent à elle sans qu'elle ne l'ait désiré.

- iii. **La pensée désorganisée** : Elle est généralement exprimée par le biais du discours de la personne vivant avec un trouble psychotique. Un discours est dit désorganisé lorsqu'il nuit significativement à l'efficacité de la communication. La personne pourrait ainsi passer d'un sujet à l'autre (sauter du coq à l'âne), donner des réponses peu ou non liées aux questions qui lui sont posées, voire entretenir un discours présentant une incohérence telle qu'il en devient incompréhensible ou difficile à suivre.
- iv. **Le comportement moteur anormal ou grossièrement désorganisé** : Il peut être observé de différentes manières par les personnes vivant avec un trouble psychotique. Une grande agitation imprévisible ou des comportements enfantins sont susceptibles de survenir. En dehors de ces périodes d'agitation, certaines personnes peuvent présenter des comportements dits « catatoniques ». Dans cet état, les individus se montrent peu réceptifs à leur environnement externe. Par exemple, certaines personnes peuvent faire preuve d'une absence de réponse verbale (ne pas parler) ou motrice (ne plus bouger), et ce, peu importe les tentatives de leur interlocuteur pour les sortir de leur état catatonique.

II. Symptômes négatifs

Les symptômes négatifs réfèrent à l'amoindrissement ou à l'absence de manifestations ou de comportements habituellement observables chez les personnes qui ne vivent pas avec un trouble psychotique.

- i. **La diminution de l'expression émotionnelle** : Lorsque l'expression émotionnelle d'une personne semble être diminuée, celle-ci peut paraître arborer moins d'expressions faciales et éprouver des difficultés à maintenir un contact visuel. L'expression de l'intonation des individus peut également être diminuée – le ton de voix peut alors sonner « plat », sans nuance. Les mouvements des mains, de la tête et du visage qui composent le langage non-verbal sont aussi susceptibles d'être réduits.
- ii. **Diminution de la motivation** : La diminution de la motivation (nommée « aboulie ») consiste en une diminution drastique de la motivation pour des activités initiées par la personne elle-même et qui ont un objectif clair. En raison de ce manque de motivation accablant, les personnes faisant preuve d'aboulie peuvent rester assises pendant de longues périodes et éprouver peu d'intérêt à prendre part à des activités professionnelles ou sociales.
- iii. **L'alogie** : Elle est caractérisée par une diminution de la production du discours. La personne s'exprime plus rarement qu'à son habitude et lorsqu'elle s'exprime, elle se contente de phrases courtes et de réponses brèves.
- iv. **L'anhédonie** : Elle se définit par une réduction des capacités à ressentir du plaisir à partir d'activités, d'environnements ou de choses qui procurent habituellement des sentiments positifs. Les personnes vivant avec un trouble psychotique pourraient

aussi éprouver des difficultés à se rappeler du plaisir dont elles ont déjà fait l'expérience dans le passé.

- v. **L'asociabilité** : Elle fait référence au manque d'intérêt pour les interactions sociales.

Il importe de rappeler que tous ces éléments ne sont pas toujours rencontrés par les personnes vivant avec un trouble psychotique. Les symptômes éprouvés peuvent varier selon le trouble rencontré, les caractéristiques de la personne et le moment durant lequel nous interagissons avec ces personnes. Dans la catégorie des troubles psychotiques, le présent guide aborde principalement deux troubles en particulier, soit le trouble délirant ainsi que la schizophrénie.

10.1 Le trouble délirant

Le trouble délirant se caractérise par la présence d'une ou de plusieurs idées délirantes pendant une durée d'au moins un mois. Les personnes vivant avec un trouble délirant manifestent uniquement des symptômes rattachés aux idées délirantes.

Les personnes vivant avec le trouble délirant peuvent éprouver des idées délirantes se rapportant à un ou plusieurs thèmes spécifiques. Ainsi, les idées délirantes se rattachent plus fréquemment à l'un des types décrits ci-dessous :

- I. **Érotomaniaque** : Le thème central des idées délirantes se rapporte à la croyance, par la personne vivant avec le trouble délirant, que quelqu'un est intensément amoureux d'elle. La personne sera alors portée à fréquemment rentrer en contact avec le sujet qui fait l'objet de sa croyance. Il n'est pas rare que le sujet ciblé par la croyance occupe un niveau social ou hiérarchique plus important que la personne vivant avec le trouble (p. ex., un patron, un médecin, un enseignant...) Le sujet peut aussi être complètement étranger à la personne.
- II. **Mégalomaniaque** : Le thème central des idées délirantes se rapporte à la conviction de la personne d'avoir été dotée de grands dons ou de grands talents sans que ce ceux-ci ne soient raisonnablement reconnus. La personne pourrait aussi croire détenir une compréhension profonde de certaines choses ou d'avoir fait des découvertes de grande envergure. Plus rarement, la personne pourrait être convaincue d'entretenir une relation privilégiée avec une personnalité célèbre ou très connue. L'objet de ces idées peut également être de nature religieuse.
- III. **De jalousie** : Le thème central des idées délirantes se rapporte à la conviction que le conjoint ou l'être aimé par la personne vivant avec le trouble délirant est infidèle. La personne est amenée à interpréter de façon erronée certaines situations, ce qui la conduira à conclure que son conjoint la trompe. La personne peut également entreprendre des actions en lien avec l'infidélité qu'elle croit avoir découverte.
- IV. **De persécution** : Le thème central des idées délirantes se rapporte à la conviction d'être victime de complots. La personne peut être amenée à exagérer la gravité de certaines

situations qui comportent peu ou pas de gravité. Ces croyances sont susceptibles de mener la personne à entreprendre des démarches judiciaires de manière répétitive (p. ex., déposer plusieurs plaintes de façon consécutive). Parfois, les personnes peuvent ressentir une telle colère qu'elles en viennent à se montrer violentes envers ceux dont elles croient être la cible.

- V. **Somatique** : Le thème central des idées délirantes se rapporte à des croyances à propos des fonctions ou des sensations corporelles. La personne peut croire que des parties de son corps fonctionnent mal, trouver certaines parties de son corps excessivement laides ou que son corps est infesté d'insectes ou de parasites.

10.2 La schizophrénie

Les personnes vivant avec une schizophrénie présentent généralement des idées délirantes, des hallucinations, ou font preuve d'un discours désorganisé (symptômes positifs). Certaines pourraient vivre avec plusieurs de ces symptômes (p. ex., avoir des hallucinations et des idées délirantes), alors que d'autres pourraient n'en présenter qu'un seul (p. ex., n'avoir que des hallucinations). En plus de ces symptômes, les individus pourraient présenter un comportement grossièrement désorganisé (p. ex., être agité, avoir des comportements catatoniques) ou éprouver des symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle). Les personnes vivant avec une schizophrénie éprouvent une détresse marquée en raison de leurs symptômes. Cette détresse peut se manifester dans différentes sphères de la vie, telles que celle du travail, des relations interpersonnelles ou de l'hygiène. Les manifestations de la schizophrénie sont variables en termes de symptômes et de sévérité ; c'est d'ailleurs une des raisons pour laquelle l'on emploie de plus en plus le terme de « spectre de la schizophrénie ».

Les personnes vivant avec une schizophrénie ne vivent pas constamment avec des symptômes positifs. Il existe des périodes moins actives, durant lesquelles les symptômes sont moins prononcés, bien que toujours présents sous une forme plus légère. Par exemple, plutôt que de réellement halluciner, la personne peut éprouver une expérience sensorielle inhabituelle, comme sentir la présence d'une personne qu'elle ne peut pas voir. Durant ces périodes, les symptômes négatifs peuvent devenir plus sévères ; la personne peut se sentir anormalement démotivée (aboulie) ou arborer moins d'expressions faciales et gestuelles. Ces symptômes engendrent fréquemment un isolement social et un repli sur soi, et ce, même chez les personnes qui se montreraient habituellement plus actives socialement en-dehors de ces périodes d'accalmie de symptômes positifs.

Les personnes vivant avec une schizophrénie sont susceptibles d'éprouver des émotions indésirables comme de la tristesse, de la colère, ou de l'irritabilité. Elles peuvent parfois présenter des états affectifs peu appropriés (p. ex., rire ou pleurer sans raison apparente). Fréquemment, les individus font face à diverses difficultés en ce qui a trait à l'hygiène de vie, particulièrement vis-à-vis de leur rythme de sommeil et de la nourriture. Ainsi, elles peuvent notamment se

montrer plus actives la nuit et dormir le jour, ou encore, refuser de manger. Des difficultés cognitives sont aussi susceptibles d'accompagner la schizophrénie ; les personnes ont alors plus de difficulté à se rappeler de certaines choses, à s'exprimer de manière intelligible, à conserver une attention soutenue et peuvent se montrer plus lentes dans l'exécution de tâches. Interagir avec les autres peut aussi devenir complexe pour les personnes vivant avec une schizophrénie. Certains individus ignorent l'existence de leur schizophrénie et pensent que leur comportement et leurs perceptions sont comme celles de tous les autres.

Il est important de noter que bien que certains individus soient prompts à faire preuve d'hostilité ou à se montrer agressifs, les agressions volontaires se font rares. En fait, la majorité des personnes vivant avec une schizophrénie sont plus fréquemment elles-mêmes victimes d'agressions qu'elles n'en commettent. En plus de subir des violences extérieures, ces individus tendent à être exposés à un risque suicidaire particulièrement élevé. Effectivement, il est estimé que 5 à 6% des personnes vivant avec une schizophrénie meurent par suicide, environ 20% font plusieurs tentatives et un grand nombre d'entre elles entretiennent des idées suicidaires. Le risque suicidaire de ces individus demeure élevé tout au long de leur vie. Certains facteurs sont susceptibles d'influencer le risque suicidaire, soit la présence de symptômes dépressifs, un sentiment de désespoir, le fait d'être sans emploi, d'être récemment sorti de l'hôpital ou d'un épisode psychotique durant lequel les symptômes positifs ont été prédominants.

10.3 Impact du trouble de personnalité limite sur le travail

Les troubles psychotiques impactent de manière significative le vécu des personnes : des problèmes sociaux, conjugaux peuvent émerger en conséquence au développement de ce trouble. La sphère professionnelle est elle aussi susceptible d'être affectée. Les individus sont parfois d'humeur désagréable, irritable, voire colérique. Des comportements violents peuvent, dans certains cas, découler des croyances. Dans d'autres cas, des problèmes juridiques peuvent faire surface en raison du comportement procédurier des personnes (plaintes, griefs). Certaines personnes pourraient se montrer plus prompts à l'isolement et à éprouver de plus grandes difficultés au niveau professionnel. En revanche, il est fréquent que les individus n'apparaissent pas, de prime abord, être affectés de manière notable par leur trouble ; plus souvent, c'est lorsque les idées délirantes sont remises en question que les personnes font preuve de résistance. Ces troubles influencent significativement le quotidien des personnes qui en sont atteintes. Décrocher un emploi, le garder ou réussir à l'école et continuer d'y étudier peuvent être compromis par le grand manque de motivation (aboulie) et par les autres symptômes du trouble.

Synthèse des stratégies d'accompagnement pour les personnes vivant avec un trouble mental

Identification et reconnaissance

Pour les acteurs syndicaux, la première étape dans le soutien des travailleurs avec des troubles mentaux est la reconnaissance et l'identification des signes et symptômes de ces troubles. Doré et Caron (2017) indiquent que la sensibilisation aux symptômes courants, tels que les changements d'humeur, l'anxiété persistante, et la dépression, est cruciale. Les formations et les ateliers peuvent être des outils efficaces pour éduquer les acteurs syndicaux sur ces signes et symptômes.

Stratégies de soutien

Accommodements au travail

Les accommodations au travail sont une méthode efficace pour soutenir les travailleurs ayant des troubles mentaux. Cela peut inclure des aménagements d'horaires, la réduction des charges de travail, ou l'adaptation de l'environnement de travail pour réduire le stress. Les études montrent que ces accommodations peuvent aider à maintenir les travailleurs en emploi et à réduire les absences (Dewa et al., 2014).

Programmes de bien-être

La mise en place de programmes de bien-être au travail peut également avoir un impact positif. Ces programmes peuvent inclure des initiatives telles que des séances de relaxation, des activités physiques, et des ateliers de gestion du stress. Selon Doran et Kinchin (2019), de tels programmes peuvent réduire les symptômes de stress et améliorer le bien-être général des employés.

Support psychologique

L'accès à un soutien psychologique est essentiel pour les travailleurs souffrant de troubles mentaux. Cela peut inclure des services de counseling, des groupes de soutien, et des ressources en ligne. Doré et Caron (2017) soulignent l'importance d'avoir des services de soutien facilement accessibles pour encourager les travailleurs à chercher de l'aide.

Rôle des acteurs syndicaux

Sensibilisation et formation

Les acteurs syndicaux jouent un rôle clé dans la sensibilisation et la formation sur les troubles mentaux au sein des organisations. Il est essentiel qu'ils soient formés pour reconnaître les signes de détresse mentale et pour savoir comment intervenir de manière appropriée. Les formations devraient inclure des informations sur les troubles mentaux courants, les stratégies de soutien, et les ressources disponibles.

Advocacie

Les acteurs syndicaux peuvent également jouer un rôle dans l'advocacie et la mise en place de politiques favorables à la santé mentale. Cela peut inclure la promotion de politiques de travail flexibles, l'établissement de programmes de soutien psychologique, et l'encouragement à une culture de travail inclusive et compréhensive. Dewa et al. (2014) notent que les politiques organisationnelles qui soutiennent la santé mentale peuvent réduire les stigmas associés aux troubles mentaux et encourager les travailleurs à chercher de l'aide.

Les troubles mentaux courants ont des impacts significatifs sur le travail et la productivité des travailleurs. Il est crucial pour les acteurs syndicaux de comprendre ces impacts et de développer des stratégies efficaces pour soutenir les travailleurs affectés. En reconnaissant les symptômes des troubles mentaux, en mettant en place des accommodations et des programmes de bien-être, et en assurant un soutien psychologique adéquat, les acteurs syndicaux peuvent aider à améliorer la santé mentale et le bien-être des travailleurs.

Stratégie de retour au travail pour les personnes vivant avec un trouble mental courant ou transitoire

Le retour au travail pour les personnes vivant avec un trouble mental courant ou transitoire constitue un défi majeur pour les travailleurs, les employeurs et les acteurs syndicaux. Les troubles mentaux courants, tels que la dépression, l'anxiété et les troubles de stress post-traumatique, affectent non seulement la santé mentale des individus, mais aussi leur capacité à fonctionner efficacement au travail.

Boileau-Falardeau et al. (2019) utilisent des vignettes cliniques pour illustrer les dilemmes auxquels font face les médecins traitants, tels que l'évaluation de la capacité de travail et la gestion des attentes des employeurs. Corbière et al. (2021) soulignent l'importance de développer des programmes de retour au travail participatifs et durables, qui incluent des interventions adaptées aux besoins individuels des employés. Ces programmes doivent favoriser une communication ouverte entre les parties prenantes et fournir un soutien continu pour réduire le risque de rechute et favoriser une réintégration réussie.

Compréhension des troubles mentaux courants

Les troubles mentaux courants sont souvent caractérisés par des symptômes persistants qui interfèrent avec la vie quotidienne et le fonctionnement au travail. Le DSM-5 (APA, 2015) fournit des critères diagnostiques précis pour ces troubles, incluant la dépression majeure, les troubles

anxieux et le trouble de stress post-traumatique. Une compréhension claire de ces troubles est essentielle pour les acteurs syndicaux afin de mieux soutenir les travailleurs affectés.

Facteurs influençant le retour au travail

Le processus de retour au travail après un trouble mental courant est complexe et influencé par divers facteurs personnels, sociaux et organisationnels (Etuknwa, Daniels, & Eib, 2019). Les facteurs personnels incluent la sévérité des symptômes, la motivation personnelle et les compétences en gestion du stress. Les facteurs sociaux englobent le soutien familial et social, tandis que les facteurs organisationnels concernent la culture du lieu de travail, les politiques de retour au travail et les aménagements raisonnables (Gragnano et al., 2018).

Obstacles et facilitateurs du retour au travail

Les obstacles au retour au travail peuvent être multiples, incluant la stigmatisation, le manque de soutien et les limitations physiques ou mentales persistantes (Corbière et al., 2017). Le développement d'échelles telles que l'échelle ROSES permet de mieux identifier ces obstacles et de développer des stratégies adaptées pour les surmonter. Les facilitateurs incluent des programmes de soutien psychologique, des aménagements au travail et une communication ouverte et efficace entre les parties prenantes.

Stratégies de retour au travail

Collaboration entre les parties prenantes

Une collaboration efficace entre les travailleurs, les employeurs, les médecins traitants et les acteurs syndicaux est cruciale pour un retour au travail réussi (Corbière et al., 2020). Les réunions régulières et les communications transparentes permettent de s'assurer que toutes les parties comprennent les besoins du travailleur et peuvent y répondre de manière appropriée.

Aménagements au travail

Les aménagements au travail peuvent inclure des ajustements de l'environnement de travail, des horaires flexibles et des tâches adaptés aux capacités actuelles du travailleur (Bastien & Corbière, 2019). Ces aménagements sont souvent nécessaires pour permettre au travailleur de reprendre progressivement ses responsabilités sans aggraver sa condition.

Programmes de soutien

Les programmes de soutien psychologique et les interventions basées sur des preuves, telles que la thérapie cognitivo-comportementale, peuvent aider les travailleurs à gérer leurs symptômes et à développer des stratégies de coping efficaces (Boileau-Falardeau et al., 2019). La participation active des travailleurs à ces programmes est essentielle pour leur réussite.

Sensibilisation et formation

La sensibilisation et la formation des employeurs et des collègues de travail sur les troubles mentaux courants et les stratégies de soutien peuvent réduire la stigmatisation et favoriser un environnement de travail inclusif (Villotti et al., 2018). Les formations devraient inclure des informations sur la reconnaissance des symptômes, la communication empathique et les aménagements raisonnables.

Références

American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.

Barnhill, J. (2023). *Manuel Merck pour les professionnels de la santé*. Merck.

Bastien, M.-F., & Corbière, M. (2019). Return-to-work following depression: What work accommodations do employers and human resources directors put in place? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(2), 423–432. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9801-y>

Boileau-Falardeau, F., Turcotte, J.-R., Lafleur, P.-A., & Corbière, M. (2019). Dilemmes des médecins traitants lors du retour au travail de personnes aux prises avec un trouble mental courant : Illustration par des vignettes cliniques. *Santé mentale au Québec*, 44(2), 219–237. <https://doi.org/10.7202/1073530ar>

Brillon, P. (2016). Le stress post-traumatique. Dans J.-F. Marmion (Éd.), *Troubles mentaux et psychothérapies* (pp. 55–58). Éditions Sciences Humaines. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.3917/sh.marmi.2016.01.0055>

Candal-Zürcher, A., Chatelain, S., & Verdon, V. (2022). Revue qualitative et recommandations diagnostiques pour trois problématiques neurodéveloppementales en neuropsychologie de l'adulte. Dans *Neuropsychologie clinique et appliquée*. <https://doi.org/10.46278/j.ncacn.20220422>

Charles-Bernard, et al. (2015). *DSM-5 – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (C. Guilabert, Éd.). Elsevier – Health Sciences Division. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/ulaval/detail.action?docID=4337396>

Corbière, M. (2020). Facteurs saillants du retour au travail à la suite d'un trouble mental courant comme la dépression – Recension des écrits. *Les Cahiers du savoir – Ordre des psychologues du Québec (OPQ)*, 1, 47-55. https://www.santementaletravail.ca/wp-content/uploads/2022/09/OPQ_-Cahiers-du-savoir-no1_Chapitre-8_Corbiere_2020.pdf

Corbière, M., Lecomte, T., Lachance, J.-P., Coutu, M.-F., Negrini, A., & Laberon, S. (2017). Stratégies de retour au travail d'employés ayant fait l'expérience d'une dépression : Perspectives des employeurs et des cadres des ressources humaines. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 173-196. <https://doi.org/10.7202/1041922ar>

Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Bastien, M.-F., Wathieu, E., Bouchard, R., Panaccio, A., Guay, S., & Lecomte, T. (2020). Stakeholders' role and actions in the return-to-work process of employees on sick-leave due to common mental disorders: A scoping review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 30, 381-419. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09861-2>

Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Lecomte, T., Guay, S., & Panaccio, A. (2022). Developing a collaborative and sustainable return to work program for employees with common mental disorders: A participatory research with public and private organizations. *Disability and Rehabilitation*, 44(18), 5199-5211. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2021.1931481>

Corbière, M., Negrini, A., Durand, M.-J., St-Arnaud, L., Briand, C., Fassier, J.-B., & Lachance, J.-P. (2017). Development of the return-to-work obstacles and self-efficacy scale (ROSES) with workers suffering from a common mental disorder or musculoskeletal disorder. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(3), 329-341. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9661-2>

Coutu, M.-F., Durand, M.-J., Côté, D., St-Hilaire, F., Nastasia, I., Sylvain, C., Tremblay, D., Sultan-Taïeb, H., Bilodeau, K., & Gouin, M.-M. (2020). *Tool for facilitating dialogue among occupational rehabilitation stakeholders*. [Version anglaise]. Site Web.

de Zwart, P. L., Jeronimus, B. F., & de Jonge, P. (2019). Empirical evidence for definitions of episode, remission, recovery, relapse and recurrence in depression: A systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(5), 544-562. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000227>

Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., & al. (2014). Incidence rates of sickness absence related to mental disorders: A systematic literature review. *BMC Public Health*, 14, 205. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-205>

Doré, I., & Caron, J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 125-145. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>

Doran, C. M., & Kinchin, I. (2019). A review of the economic impact of mental illness. *Australian Health Review*, 43(1), 43-48. <https://doi.org/10.1071/AH16115>

Durand, M.-J., St-Arnaud, L., Briand, C., & Corbière, M. (2015). *Validation du questionnaire Obstacles au Retour au Travail Et Sentiment d'Efficacité pour les Surmonter (ORTESES)* auprès de travailleurs avec un trouble mental courant ou un trouble musculosquelettique. IRSST.

Etuknwa, A., Daniels, K., & Eib, C. (2019). Sustainable return to work: A systematic review focusing on personal and social factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09832-7>

Evans-Lacko, S., & Knapp, M. (2016). Global patterns of workplace productivity for people with depression: Absenteeism and presenteeism costs across eight diverse countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1278-4>

Ervasti, J., Joensuu, M., Pentti, J., Oksanen, T., Ahola, K., Vahtera, J., Kivimäki, M., & Virtanen, M. (2017). Prognostic factors for return to work after depression-related work disability: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.07.024>

Fortin, G., Lecomte, T., & Corbière, M. (2017). Does personality influence job acquisition and tenure in people with severe mental illness enrolled in supported employment programs? *Journal of Mental Health*, 26(3), 248-256. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1276534>

Gagnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M., et al. (2018). Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers: A review of reviews supporting a cross-disease approach. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 215-231. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9714-1>

Institut national de santé publique du Québec. (2023). *Proposition d'un modèle conceptuel concernant la surveillance de la santé mentale, des troubles mentaux courants et de leurs déterminants au Québec : Synthèse de connaissances* (Rapport 78-2-550-95288-6). <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2023-07/3365-cadre-conceptuel-surveillance-sante-mentale-troubles-mentaux.pdf>

Khan, M. (2022). Les troubles liés à une substance. Dans R. S. Porter (Éd.), *Le manuel Merck de diagnostic et de thérapeutique*. Éditions de Médecine.

Lecomte, T., & Corbière, M. (2017). Une intervention cognitive comportementale de groupe pour prévenir les rechutes chez les employés en processus de retour au travail à la suite d'une dépression : Protocole et faisabilité. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 87-103. <https://doi.org/10.7202/1041916ar>

Lorette, A., & Lucchelli, J. (2022). Présentation de la nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11). *L'Information psychiatrique*, 98, 426-434. <https://doi.org/10.1684/ipe.2022.2437>

National Institute of Mental Health. (2022). *Anxiety disorders*. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/generalized-anxiety-disorder-gad>

National Institute of Mental Health. (2022). *Panic disorders*. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/panic-disorder-when-fear-overwhelms>

National Institute of Mental Health. (2023). *Obsessive-compulsive disorders*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/obsessive-compulsive-disorder-ocd>

Negrini, A., Corbière, M., Lecomte, T., Coutu, M.-F., Nieuwenhuijsen, K., St-Arnaud, L., & Berbiche, D. (2018). How can supervisors contribute to the return to work of employees who have experienced depression? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 279-288. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9715-0>

Organisation mondiale de la santé. (2019). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics (11th revision)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Organisation mondiale de la santé. (2022). *Classification internationale des maladies, onzième révision (CIM-11)*. Organisation mondiale de la santé. <https://icd.who.int/fr>

Organisation mondiale de la santé. (2022). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361818/9789240056923-fre.pdf?sequence=1>

Organisation mondiale de la santé. (2023). *Post-traumatic stress disorder*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>

Ordre des psychologues du Québec. (2021). *Les Cahiers du savoir – Les troubles anxieux (No 2)*. Ordre des psychologues du Québec.

St-Arnaud, L. (2018). Revenir au travail à la suite d'un problème de santé mentale : Enjeux et défis des supérieurs immédiats. Dans J. Douesnard (Éd.), *Enjeux humains et psychosociaux du travail* (pp. 25–40). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv10qqxbw.7>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *Substance use disorders*. <https://www.samhsa.gov/find-help/disorders>

Varescon, I. (2016). Les addictions : Plaisir et perte de contrôle. Dans J.-F. Marmion (Éd.), *Troubles mentaux et psychothérapies* (pp. 133–136). Éditions Sciences Humaines. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.3917/sh.marmi.2016.01.0133>

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

Villotti, P., Zaniboni, S., Corbière, M., Guay, S., & Fraccaroli, F. (2018). Reducing perceived stigma: Work integration of people with mental disorders in social enterprise. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41(2), 125–134. <https://doi.org/10.1037/prj0000299>

Williams, Scott, et Jonathan Williams. « Traumatic Stress Sufferers: Work as Therapy or Trigger? » *Management Research Review* 44, no 7 (16 juillet 2021): 991-1011. <https://doi.org/10.1108/MRR-01-2020-0050>.