

LA CONCILIATION VIE PROFESSIONNELLE-BIPOLARITE : À-PROPOS D'UN CAS CLINIQUE

Pour citer la référence

EL BOUANANI O., HAMRI S., (2025). « La conciliation vie professionnelle-bipolarité. À-propos d'un cas clinique », *Revue Psychanalyse & Management – Édition académique en Ligne* ISSN 2739-9656 - N° 02_2025, pp. 85-96

* **OMAR EL BOUANANI**¹, **SALIHA HAMRI**², **KHADIJA AKEBOUR**², **OMAR EL OUMARY**², **JALAL DOUFIK**², **KHALID MOUHADI**², **ISMAIL RAMMOUZ**²

¹ Doctorant à la Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Agadir, Laboratoire de Recherche
« Rein Endocrinologie Gastro-entérologie Neurosciences Éthique »

² Professeurs de psychiatrie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Agadir, Université Ibn Zohr.

Résumé : Le maintien ou le retour dans l'emploi chez les patients présentant un trouble bipolaire constitue une problématique cruciale qui nécessite une attention particulière. En effet, le trouble bipolaire (TB) jadis appelé psychose maniaco-dépressive figure parmi les dix pathologies les plus invalidantes et coûteuses à l'échelle internationale et classé en 6-ème place mondiale des handicaps selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). De surcroît, la prévalence mondiale était supérieure à 1% de la population générale. Quant au Royaume, la prévalence des épisodes maniaques a été estimée à 3,2 % de la population générale selon l'enquête nationale menée en 2003 (publiée en 2007) par le Ministère de la Santé étudiant la prévalence des troubles mentaux dans la population Marocaine.

Notre présent article a donc pour objet de mettre en lumière les divers apports de l'approche psychodynamique du travail dans l'analyse et la compréhension des entités psychopathologiques et des stratégies d'adaptation à travers la présentation d'un cas clinique sur le trouble bipolaire ainsi de souligner les questions du maintien, du retour au travail et de conciliation vie professionnelle-bipolarité.

Mots clés : *Trouble bipolaire, Stress professionnel, Psychodynamique du travail, Santé mentale au travail, Stratégies d'adaptation.*

Abstract: Maintaining or returning to the workplace for patients with bipolar disorder constitutes a crucial issue that requires particular attention. Indeed, bipolar disorder (BD) is known as manic-depressive illness is classified among psychoses and considered one of the ten most disabling and costly pathologies worldwide, it ranks sixth globally in terms of disabilities, according to the World Health Organization (WHO). Overall, the global prevalence exceeds 1% of the general population. In fact, the prevalence of manic episodes was estimated at 3.2% of the general population, according to the national survey on mental health problems in the Moroccan population, conducted in 2003 and published in 2007 by the Ministry of Health.

Our article aims to shed light on the different contributions of the psychodynamic approach in the analysis and understanding of psychopathological entities and adaptation strategies. This will be illustrated through the presentation of a clinical case of bipolar disorder, in order to address the questions of maintaining or returning to work, as well as reconciling professionalism with bipolarity.

Keywords: *Bipolar disorder, Professional stress, Psychodynamic approach, Mental health at work, Adaptation strategies.*

I. Introduction

S'il y a, aujourd'hui, une perspective convoitée par les approches et les pratiques de la psychologie du travail et des organisations en tant que discipline d'intervention et d'accompagnement, c'est bien

la réalisation d'une meilleure adéquation entre un climat sain dans l'organisation, un fonctionnement optimal du travail et le bien-être du personnel.

Dans le contexte dynamique de la production et des services où règne une concurrence croissante, les organisations fixent à leur membres (personnel, collaborateurs...) des objectifs qu'ils sont tenus d'atteindre. De ce fait, ces derniers sont confrontés à un rythme de travail trop élevé du fait de la surcharge de travail qui leur a été confié. Ainsi, leur vie tant professionnelle que familiale se retrouve affectée. En effet, le travail qui était autrefois source de bonheur et d'épanouissement devient dès lors une contrainte et une source de problèmes de divers ordres, d'où l'apparition d'une nouvelle catégorie de facteurs responsables de malaises et définis tantôt qu'« entités psychopathologiques » dans le champ de la santé psychologique au travail.

La conciliation vie professionnelle et bipolarité représente une problématique très sensible voire un sujet tabou qui suscite peu d'attention de différents secteurs professionnels. De nombreux patients présentant un trouble bipolaire se heurtent toujours à de multiples difficultés de réintégration au travail lors de leur reprise générant parfois une baisse de productivité, une diminution de responsabilités ou encore un refus de promotion menant à une reconversion professionnelle, à une retraite anticipée ou à un licenciement.

Au regard de la littérature, Joobar et al. (2024) signalent dans leur étude réalisée dans un établissement hospitalier Tunisien sur le maintien dans l'emploi chez 74 patients atteints de troubles bipolaires que près de la moitié 43,2 % ont rapporté une dégradation professionnelle quel que soit leur niveau de fonctionnement. Ainsi, de nombreux facteurs mis en jeu étaient impliqués dans le maintien dans l'emploi de ces derniers, la bonne gestion du stress professionnel en est un.

Selon l'enquête menée par la Depression and Bipolar Support Alliance¹, environ 9 personnes sur 10 touchées par les troubles bipolaires ont déclaré que leurs performances au travail avaient été affectées par leur affection psychiatrique. Outre, plus de la moitié des enquêtés ont déclaré penser qu'ils devaient changer d'emploi ou de carrière plus souvent contrairement aux personnes non atteintes. Ajoutons qu'un bon nombre des répondants ont également révélé avoir droit à moins de responsabilités ou moins de promotions que leurs collègues.

Par ailleurs, il est important de souligner que le TB est souvent sous-diagnostiqué. De ce fait, un diagnostic tardif pourra provoquer un retentissement délétère sur le pronostic et l'évolution de la maladie. Au cours de cette même période s'installent les complications majeures tant sur le plan social, familial que sur le plan professionnel. (Fadoua Oueriagli Nabih et al. 2015). Ainsi, certains patients sont toujours dans le déni du besoin d'être accompagnés soit par peur d'être stigmatisés au sein de leur milieu professionnel, soit par méconnaissance des prestations de service du psychologue du travail, du psychiatre et celles du médecin du travail.

Au Maroc, nous ne disposons pas de statistiques exhaustives et fiables sur ce sujet à cause de la pénurie des études nationales et de structures de recherche accréditées ayant pour objectif d'étudier les facteurs fragilisant la santé psychologique et le bien-être des populations travailleuses. Notons qu'une multitude de recherches empiriques ont été menées sur des thématiques variées en matière de souffrance au travail telles que le stress et l'épuisement professionnel chez le personnel soignant, alors que les études épidémiologiques portées sur les troubles psychiques sont rares voire inexistantes, cela rend difficile l'estimation précise de leur prévalence.

Encadré N° 1 : Aperçu des données épidémiologiques des troubles psychiques chez le personnel soignant

II. Le trouble bipolaire devient-il un handicap psychique ?

Le TB constitue une section à part entière dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) et se caractérise par une alternance d'épisodes dépressifs, maniaques ou

¹ <https://www.dbsalliance.org/>

hypomaniaques, affectant significativement le fonctionnement socioprofessionnel des individus atteints. Et lorsqu'il est sévère, chronique ou mal stabilisé, il peut entraîner une altération durable des capacités cognitives, émotionnelles et relationnelles. Parallèlement, il correspond aux critères définissant le handicap selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui le qualifie comme étant une notion générale qui englobe les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation à la vie sociale. (Lebrun, P.-B. et Laran, S. 2016).

Législativement parlant, la loi cadre n° 97-13 relative à la protection et à la promotion des droits des personnes en situation de handicap note sur l'article 2 qu'un sujet en situation d'handicap désigne « *toute personne présentant, de façon permanente, une limitation ou une restriction, qu'elle soit stable ou évolutive, dans ses facultés physiques, mentales, psychiques ou sensorielles, dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation dans la société sur la base de l'égalité avec les autres.* ». Donc, on retient que le TB dans ses formes les plus invalidantes, devient un handicap psychique au sens médico-psychosocial du terme du fait qu'il implique une altération assez significative de l'état de santé psychologique des personnes qui en souffrent.

À l'échelle nationale, la reconnaissance du TB comme étant un handicap psychique n'a pas encore vu le jour contrairement au contexte Français (La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées). Et ce, malgré les efforts déployés dans ce sens. Ajoutons qu'il y a un manque très évident des dispositifs formels d'aide et de soutien aux personnes porteuses d'un handicap psychique comme le font les pays occidentaux en France et en Belgique à travers des dispositifs opérationnels pilotés par les Établissements de soutien et d'aide par le travail (ESAT) et les entreprises de travail adapté (ETA).

Encadré N° 2 : Aspects législatifs et règlementaires liés au handicap psychique

De surcroît, il est à noter qu'il n'existe pas de définition formelle ni même partagée du handicap psychique. Ce concept porte en lui-même des enjeux socio-politiques et individuels considérables. (Le Roy-Hatala, C. 2009 p. 304).

Selon l'épidémiologiste Ph. Wood sollicité par l'OMS en 1970, le handicap psychique devrait être appréhendé par une trilogie d'expériences : La « déficience » (altération d'une structure ou d'une fonction psychologique), L'« incapacité » (réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité) et le « désavantage » (conséquence de la déficience sur les conditions d'insertion socio-professionnelle). (Cité dans : Degavre, F. et col, 2010 p. 417).

Il paraît très indispensable de savoir distinguer entre le « handicap psychique » et « le handicap mental ». Ce dernier est distingué du handicap psychique par la mise en exergue de leur différence de nature (Lotte, Séraphin, 2009 p. 455). Le handicap mental/intellectuel désignerait la conséquence d'une déficience mentale innée, durable et d'une grande stabilité (p. ex. trisomie 21), engendrant des soins médicaux parfois sporadiques ; tandis que le handicap psychique serait la conséquence d'un trouble ou d'une maladie mentale, imprévisible (marquée par une évolution fréquente) et souvent invisible (p. ex. le trouble maniaco-dépressif, communément appelé le trouble bipolaire ou la schizophrénie). (Degavre, F., op. cit., p. 418).

III. Handicap psychique et travail

Aborder la question de l'articulation handicap psychique/travail s'avère un défi considérable pour la recherche comme pour l'intervention du fait qu'il conduit à se confronter à une réalité complexe et difficile à appréhender.

Chapelle, F. (2004 ; p.35) psychiatre Français dans son article intitulé « Le handicap, cause ou conséquence du travail ? » note que cette problématique peut être abordée et analysée selon deux perspectives qui lui paraissent pertinentes dont la première est axée sur le handicap qui nécessite une adaptation du (au) poste de travail et la seconde repose sur le travail qui peut provoquer un handicap. Ces deux visions peuvent être interreliées ou plutôt indépendantes.

Le travail implique toujours des droits, des responsabilités ainsi qu'un statut, le handicap psychique les implique tous. À ce titre, il convient de faire référence à la législation Marocaine relative à l'emploi et la requalification professionnelle des personnes atteintes d'un handicap afin de dissiper toute ambiguïté quant à la compréhension de cette dualité.

« Aucune personne en situation de handicap ne peut être privée de son droit au travail, si elle dispose de qualifications nécessaires à son exercice. » (Article 14). De plus, un pourcentage important de postes d'emploi sont réservés annuellement dans le secteur public au profit des personnes en situation de handicap. En outre, il est fixé également dans un cadre contractuel entre l'État et les entreprises privées un pourcentage de postes d'emploi dédiés à cette population. (Article 15). Ajoutons que la loi stipule aussi que **« tout employeur d'une personne porteuse d'un handicap l'empêchant d'assurer son travail habituel, devra la réaffecter, si elle y consent et dès que possible, à un autre emploi approprié à sa situation, sans que ce changement d'activité ne puisse porter préjudice à sa situation statutaire. »**. (Article 16). Dans ce sens, les aménagements de poste constituent un exemple concret de ces mesures organisationnelles. En d'autres termes, l'insertion et la réinsertion professionnelle des personnes en situation de handicap sont des droits fondamentaux garantis par la loi nationale.

Dans la sphère professionnelle, le handicap psychique se manifeste souvent par un dysfonctionnement des processus cognitifs, une fatigabilité accrue, une dysrégulation émotionnelle et une difficulté d'accomplir les tâches.

L'insertion et le maintien dans l'emploi chez les personnes atteintes de handicap psychique soulèvent des enjeux multiples. D'une part, le travail ne se limite pas seulement à la production, il constitue également un espace de construction et de développement de l'individu dans la logique de « vivre ensemble » comme l'évoque le professeur, psychiatre Français Christophe Dejours « Travailler n'est jamais uniquement produire, c'est également se transformer soi-même ». (Dejours, C., 2007). Autrement dit, il représente un facteur inestimable de réalisation de soi, de protection et de stabilisation psychologique. Il contribue aussi à la réhabilitation et à l'inclusion sociale. D'autre part, le milieu professionnel peut comporter des situations génératrices de stress, de fortes exigences du travail, des rapports sociaux quasi-dégradés allant parfois jusqu'à la stigmatisation, cela peut accroître la souffrance des personnes concernées et nous invite à nous interroger sur leur vécu psychologique ainsi que sur l'attitude antipathique de certains collègues qui rendent parfois ce défi condamné à l'échec.

IV. Méthode

Nous présentons le cas clinique d'une jeune soignante élaboré dans le cadre de traitement et de suivi de son dossier d'aménagement de poste. Cette étude de cas repose sur une méthodologie qualitative visant à articuler les dimensions cliniques, comportementales et socio-professionnelles associées au trouble bipolaire ainsi qu'à mettre en évidence les enjeux organisationnels relatifs à la réadaptation professionnelle.

Les données recueillies proviennent à la fois des entretiens cliniques réguliers effectués au sein du service de Santé au Travail depuis février 2024 jusqu'à aujourd'hui, des observations tirées des visites de poste et de l'analyse de son dossier médical et du rapport d'expertise psychiatrique.

La méthodologie dans laquelle s'inscrit ce travail tend à comprendre et analyser la singularité du vécu psychologique de la patiente tout en se référant à un cadre théorique et clinique validé celui de la psychodynamique du travail.

V. Cas clinique

Il s'agit d'une infirmière polyvalente âgée de 25 ans, issue d'une classe sociale moyenne, cadet d'une fratrie de 3 travaillant au sein du service (A) et présentant un TB diagnostiqué par son psychiatre depuis 2021. Son ancienneté dans le poste occupé est de 3 ans et 5 ans dans le Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI de Marrakech. Notons que son activité exigeait auparavant des horaires

contraignants (Travail nocturne/travail pendant certains week-ends et jours fériés). Ainsi, sa mobilité interne a connu trois changements consécutifs de service.

Cliniquement parlant, la patiente présente une Spondylarthrite ankylosante (SPA) depuis deux ans ainsi qu'un TB de type (I) associé à un trouble du langage (*bégaiement*) d'intensité modérée. Cela nous a amené à l'orienter vers le service d'orthophonie dans lequel elle a bénéficié d'un suivi régulier il y a environ un an et demi jusqu'à ce jour.

Sa souffrance clinique remonte à 2021 avec l'installation d'un épisode dépressif juste après son déménagement à Marrakech. D'autres épisodes (*cinq épisodes dépressifs, épisode maniaque et quatre épisodes hypomaniaques*) vont succéder en fin 2021, fin 2022 et en novembre 2023 suite à la survenue d'un tas d'événements stressants. Cela lui a conduit à demander une hospitalisation au sein de l'Hôpital psychiatrique Ibn Nafis qui a duré un mois complet.

Sur le plan symptomatique, la patiente présentait plusieurs symptômes de fluctuations d'humeur, une réduction énorme du besoin de sommeil, une augmentation de l'appétit, un désir constant de parler, une distractibilité excessive, une surproduction verbale et graphique, une augmentation de l'activité orientée vers un but (grosse envie de poursuivre ses études supérieures/travail social), une difficulté de concentration et de prise de décision ainsi qu'un comportement d'achat excessif et démesuré. Ces manifestations ont accentué sa souffrance clinique et causé un changement très significatif de son comportement habituel tant au niveau personnel qu'au niveau professionnel.

Pour ce qui concerne le fonctionnement de sa structure psychique, la patiente dispose d'une organisation limite marquée par l'apparition de certains traits de personnalité borderline, une instabilité affective, une certaine faiblesse du contrôle pulsionnel et émotionnel, une grande difficulté à gérer les relations interpersonnelles et une angoisse d'abandon latente. (NB. Ce repérage du fonctionnement psychique est toujours en cours d'investigation). Dans cette perspective, le grand psychanalyste Français Jean Bergeret (1995) apporte un éclairage pertinent en soulignant qu'il rencontrait lors de ses pratiques cliniques de plus en plus des patients aux tendances dépressives qui correspondent aux diagnostics des états limites. Notons que les difficultés identificatoires secondaires, la pauvreté de l'élaboration imaginaire et les carences de régulation des pulsions sont trois facteurs qui jouent rôle déterminant dans le développement du trouble de la personnalité état limite. (Cité dans : Mehran, F. 2011 p. 32)

Actuellement, la patiente est en état de rémission partielle sans enregistrer des rechutes particulières pendant les deux derniers mois. De surcroît, elle est toujours mise sous traitements anxiolytique, neuroleptique et antipsychotique.

1) Les divers impacts du TB sur la soignante et son milieu de soins

Le TB, lorsqu'il touche un professionnel de santé, génère souvent des répercussions multiples tant sur la personne que sur son milieu de travail comme indique le tableau ci-dessous, toujours en lien avec le cas clinique précité :

Tableau N° 1 : Répercussions directes sur la soignante

Registre affectif	La patiente a présenté une instabilité affective très remarquable associée à une certaine ambivalence émotionnelle ainsi qu'une angoisse d'abandon latente. Par conséquent, la relation soignante-soigné pourrait être affectée par ces oscillations surtout que le contexte de soins exige d'entretenir une relation de confiance.
Registre cognitif	Nous avons remarqué une perturbation assez significative de ses fonctions cognitives supérieures caractérisée par une grande difficulté d'attention, de concentration, de mémorisation et de prise de décision. Cela avait un impact direct sur sa performance au travail. <i>(Une prise en charge adaptée a été mise en place en vue de remédier à ces difficultés d'ordre cognitif).</i>
Registre comportemental	Sur le plan comportemental, nous avons pu déceler toute une multitude de comportements jugés comme mal adaptés par la patiente elle-même tels que le comportement d'irritabilité occasionnelle, précipitation du geste de soins par biais d'excès de confiance causant souvent des incidents de piqûre d'aiguille, accepter d'exécuter des tâches supplémentaires qu'elle ne peut réellement accomplir et faire des achats compulsifs et inconsidérés au point de demander à autrui des prêts d'argent.
Registre relationnel	Quant à la dimension relationnelle, la patiente a révélé qu'elle a commis un acte de violence verbale vis-à-vis ses coéquipiers durant sa rechute avant d'être internée à l'Hôpital psychiatrique. Ajoutons que sa problématique de bégaiement constituait auparavant un vrai obstacle quant au tissage des relations au niveau personnel et professionnel, ce qui lui a poussée à adopter une attitude de retrait afin d'éviter toute interaction ou être gênée.

Tableau N° 2 : Répercussions directes sur le milieu de travail

L'impact du TB dépasse le vécu individuel et touche parallèlement l'ensemble de membres de l'équipe, leur organisation des soins ainsi que leur performance collective.

Les arrêts de maladie lors des épisodes aigus, les difficultés de réintégration et d'adaptation au rythme du travail et les contraintes de surinvestissement ou de désinvestissement au travail peuvent engendrer des perturbations et des tensions d'ordre relationnel au sein de l'équipe affectant plus ou moins directement sa cohésion, notamment en cas d'un changement à l'improviste du planning d'activités ou en cas d'une nouvelle répartition des tâches du fait que le handicap psychique est toujours invisible et rarement communiqué. Outre, les absences récurrentes peuvent être mal interprétées par la hiérarchie comme un manque d'engagement et d'implication conduisant parfois à un licenciement prématuré.

* **NB.** L'ampleur de ces atteintes diffère d'un employé à l'autre et dépend également des spécificités de chaque milieu organisationnel.

2) Le stress professionnel : un facteur aggravant le TB

Le TB s'accompagne souvent d'une vulnérabilité vis-à-vis les facteurs de stress qui représentent un fardeau qui fragilise les ressources psychologiques du sujet souffrant et empêche son maintien en emploi.

En effet, de nombreuses études montrent que les contraintes professionnelles telles que (les fortes exigences du poste, la qualité de vie au travail QVT dégradée, les horaires atypiques) sont associées à la majoration des symptômes, au risque de rechute ainsi qu'aux difficultés de réintégration et de maintien en emploi chez les personnes vivant avec un TB.

Une étude prospective à visée analytique intitulée "L'impact de la pandémie Covid-19 sur les patients ayant le trouble bipolaire : Spécificité féminine" souligne que les patients bipolaires rechutent plus souvent lorsqu'ils sont soumis à des situations stressantes, même lorsqu'ils ont une bonne observance de leur traitement. (Ouhamou M et col, 2022 ; p.1).

Dans le même ordre d'idées, Marion-Paris E et al, (2023 ; p.1) dans leur étude portée sur "**le maintien en emploi des personnes atteintes de trouble bipolaire : une analyse qualitative**", avancent que le travail de nuit et les facteurs de stress peuvent conduire à des rechutes. De plus, les facteurs psychosociaux influencent également le déclenchement, le type, le moment et l'issue des épisodes affectifs. (Kumari, A. et al 2006 ; p.1).

Par ailleurs, le stress chronique est l'un des prédicteurs spécifiques de la récurrence dépressive, bien que le stress épisodique soit un prédicteur de la récurrence maniaque et dépressive. (Bries, A. et al, 2014). Ainsi, la présence d'un facteur de stress prédisait un temps plus long de récupération fonctionnelle dans les domaines de la vie : jusqu'à 112 jours au travail/à l'école chez les patients bipolaires. (Yan-Meier L, et al 2011). D'autre part, Marion-Paris E et al, (2023) rajoutent que la majorité de leurs interviewés ont souligné le rôle du stress dans le risque de perte d'emploi. D'où la nécessité impérieuse du repérage précoce des facteurs stressants.

Dans une logique de prévention et de précaution, nous avons tenté d'évaluer les exigences physiques et mentales du poste de notre patiente lors de son étude de poste. Les résultats ont montré que notre patiente souffre souvent de douleurs diffuses causées par sa maladie de la (SPA) et la position debout qualifiée comme hyper-contraignante.

Quant au registre de la charge mentale, nous avons pu aussi déceler une charge mentale assez lourde perçue comme une source de stress selon les dires de la patiente. Cette charge mentale a été manifestée par des demandes contradictoires, de l'ambiguïté des rôles, des changements de tâches à l'improviste, d'une faible latitude décisionnelle, de l'hypervigilance et de l'absence de l'entraide entre collègues et du soutien social de la hiérarchie.

3) Stratégies d'adaptation et facteurs facilitants le maintien ou le retour à l'emploi

Les stratégies d'adaptation déployées par les professionnels de la santé s'inscrivent toujours dans une dynamique singulière, déterminée par le vécu psychique, les ressources psychologiques personnelles et les spécificités du contexte de soins.

La manière dont un soignant fait face à des contraintes externes ou à des conflits intrapsychiques ne peut être appréhendée de manière superficielle. Chaque stratégie adaptative se construit dans l'articulation entre des facteurs internes sous-jacents (mécanismes de défense, fond de la personnalité, conflit identitaire, vulnérabilités narcissiques, etc.) et des facteurs externes (cadre institutionnel, soutien social, exigences du travail réel, contraintes de conciliation entre vie professionnelle et vie privée, etc.). Cette singularité explique pourquoi des situations professionnelles similaires peuvent engendrer des réponses comportementales et attitudeles profondément différentes d'un soignant à l'autre. Outre, les stratégies d'adaptation telles que la résilience, le coping, la sublimation en réactivant les habitudes positives de vie et l'exercice physique régulier permettent au soignant une meilleure maîtrise de ses émotions négatives souvent provoquées par l'inquiétude, la peur et l'angoisse.

Dans le cas du TB, cette dynamique prend une dimension particulière, l'instabilité thymique et les remaniements identitaires poussent le sujet souffrant à mobiliser certains mécanismes qui pèsent

fortement sur le plan psychique, tels que le clivage, le déni, la projection et le passage à l'acte. Ces stratégies, loin d'être aléatoires, suivent une logique interne visant la préservation de l'intégrité psychique face aux tensions engendrées par les exigences professionnelles et la souffrance clinique induite par le trouble.

Selon la théorie évolutionniste, l'adaptation renvoie à un processus évolutif par lequel une population donnée devient plus adaptée à son environnement. (Bowler, 1984). Freud (1894) fut l'un des pionniers qui a étudié la question des stratégies d'adaptation dans le domaine de la psychologie humaine à travers son fameux concept de mécanismes de défense. Son fondement théorique envisage la notion des mécanismes de défense comme étant des stratégies mobilisées par le Moi afin de protéger le sujet contre l'anxiété et la tension suscitées par le conflit intrapsychique. Toutefois, et au fil du temps, les recherches portées sur les notions de mécanismes de défense et de stratégies d'adaptation ont été développées dans des perspectives à la fois distinctes et complémentaires.

Dejours C, (2000) l'un des pères fondateurs de la théorie psychodynamique du travail éclaire notre propos, en évoquant dans son ouvrage intitulé « Travail : Usure mentale », ***“Les frustrations résultant d'un contenu significatif inadéquat aux potentialités et aux besoins de la personnalité peuvent être une source d'efforts importants d'adaptation ... la souffrance commence quand le rapport homme/organisation du travail est bloqué, lorsque le travailleur a utilisé au maximum ses facultés, intellectuelles, psycho-sensori-motrices, psycho-affectives d'apprentissage et d'adaptation.”*** Donc, la dégradation du rapport que l'individu entretient avec son travail lui conduit souvent à la sollicitation intensive de ses processus cognitifs, affectifs et sensorimoteurs, et parallèlement à l'épuisement de ses capacités adaptatives.

L'analyse psychodynamique de notre cas se penche sur divers aspects tels que l'investissement subjectif du travail, l'identité professionnelle, l'organisation du travail, le rapport genre, la souffrance éthique et la coopération.

Certes, l'analyse du rapport subjectif au travail constitue une voie d'accès à la connaissance du collaborateur et son fonctionnement psychique. À cet effet, l'investissement subjectif du travail chez notre patiente a été marqué par une implication assez relative et instable du fait de l'impact potentiel de ses fluctuations thymiques. En phases maniaque et hypomaniaque, la patiente a fait preuve d'un engagement assez excessif, associé d'un sentiment fort d'efficacité personnelle et d'un dynamisme professionnel menant à une idéalisation du travail comme espace de valorisation de soi et source de satisfaction narcissique.

En ce qui concerne la dimension identitaire, nous avons relevé que notre patiente dispose d'une identité professionnelle très fragilisée. Cela a été attribué à son choix d'études qui était un choix hasardeux du fait de l'absence d'autres alternatives ce qui lui a mis dans un état de frustration quant au choix de sa trajectoire professionnelle. Elle n'a pas pu intégrer la faculté de médecine et de pharmacie dès le processus de sélection des dossiers, chose qui l'a amenée à opter pour les études des sciences infirmières. À noter qu'elle souhaite toujours passer un examen du baccalauréat libre afin d'obtenir une meilleure note qui lui permettra de réaliser son rêve. Ces données nous invitent à s'interroger sur le processus de construction de son éthos professionnel qui se manifeste par un faible désir du métier et une implication assez moyenne ce qui rend l'ancrage des valeurs et des normes de sa profession un peu difficile.

Quant aux divers aspects de l'organisation du travail, la patiente se plaignait d'être victime de favoritisme et d'injustice organisationnelle relatives au management d'équipe et à la gestion du planning du personnel (planification de congés et des remplacements) par son responsable hiérarchique. Cela montre implicitement son degré de sensibilité accru ainsi que l'impact de son fond de personnalité sur ses rapports interpersonnels au sein de son milieu d'exercice. Ajoutons que cette problématique ne fait pas l'objet d'une domination masculine car la majorité de ses rapports dégradés ont été entretenus avec une population féminine.

Par ailleurs, la patiente a rapporté une souffrance éthique liée à ses aptitudes physique et mentale perçues comme détériorées et qui l'empêche de se développer et de s'épanouir sur le plan personnel et professionnel. Ainsi, la crainte d'être incapable de remplir ses missions constitue l'un des principaux facteurs responsables de son malaise au travail.

Bien que l'entraide et la coopération représentent des éléments clés de réussite des dispositifs du maintien et du retour à l'emploi des personnes atteintes de trouble psychique, leur mise en œuvre demeure inachevée. À cet égard, la patiente a révélé que son ancien antécédent de passage à l'acte de violence verbale avait un impact direct sur les attitudes de ses coéquipiers qui ont montré une certaine indifférence à son égard au point de se sentir stigmatisée et déçue. Cela a été traduit par l'apparition de tactiques de marginalisation et d'exclusion et ça a continué jusqu'au jour où elle a pris l'initiative de renouer avec eux.

Sous cet angle, la mise en place d'un climat bienveillant et collaboratif s'avère très important dans le renforcement des ressources psychologiques de l'employé souffrant d'un trouble psychique. Les sessions de formation, les dispositifs de sensibilisation et les pratiques managériales inclusives jouent un rôle très déterminant dans le recadrage et le renforcement des stratégies d'adaptation collectives.

De leur part, Dejours C., & Molinier P. (1994) dans leur article « Le travail comme énigme », signalent qu'il est très nécessaire de passer par une activité normative et déontique qui implique l'existence d'un **"espace de discussion"** (Dejours, 1992). Normative dans la mesure où les accords ainsi construits par le collectif ont une efficacité régulatrice. Déontique dans la mesure où les arbitrages ne sont pas fondés seulement sur critères d'efficacité, mais aussi sur des arguments relatifs aux valeurs. Donc, la finalité est de permettre au collectif de travail de travailler au sein d'un espace de soutien et d'entraide, limitant les risques de stigmatisation et favorisant la reconstruction de l'identité professionnelle des personnes concernées.

Sur le plan pratique, on a pu développer chez notre patiente quelques stratégies adaptatives de sublimation, de rationalisation, de communication active, de résilience et de gestion du stress. Ces stratégies lui ont apporté une grande aide, notamment dans la gestion de ses rapports personnels et professionnels. À cela s'ajoute, l'amélioration de son niveau de maturité professionnelle.

VI. Discussion

La discussion autour de notre cas clinique met en évidence la complexité des interactions entre la symptomatologie bipolaire et les fortes exigences du travail dans un contexte de soins caractérisé par (une cadence élevée, un faible soutien social et une confrontation directe à la souffrance d'autrui et parfois à la mort, etc.). Cela, nécessite une mobilisation permanente des ressources psychologiques et des stratégies d'adaptation ainsi qu'un aménagement de son poste assorti d'un suivi régulier comme l'évoque le psychanalyste Roger Mucchielli (1986), **“aménager le poste, c'est d'abord faciliter le travail et c'est, de surcroît, augmenter le moral et la participation du travailleur à son travail.”**

Dans cette perspective, nous lui avons recommandé avec la concertation du médecin du travail et son médecin traitant un aménagement des horaires de travail avec l'éviction des gardes de nuit étant donné que la qualité du sommeil est un facteur prédictif indispensable des rechutes. La patiente avait besoin d'un temps de travail régulier et assez souple car les horaires capricieux peuvent provoquer chez elle un stress qui peut entraîner par la suite une décompensation. Ainsi, une diminution de la demande psychologique nous paraît essentielle avec moins de contact avec la population. En outre, l'unification des protocoles d'actes infirmiers et des règles de bonnes pratiques et le renforcement des témoignages d'appréciation et de reconnaissance en instaurant une culture d'entraide et de bienveillance entre collègues et équipes de travail s'avèrent deux mesures primordiales qui peuvent conduire à une meilleure organisation des soins ainsi qu'à favoriser une ambiance positive au travail.

Dans une étude française intitulée “Troubles bipolaires et maintien en emploi à propos d'un cas” menée sur une salariée âgée de 59 ans avec un TB depuis 1997. De 2001 à 2010, elle occupait le poste d'agent de service dans une maison de retraite. Son activité imposait des horaires contraignants (équipes alternantes avec poste de nuit et travail certains week-end/ rythme de travail imposé.). À partir de 2007, l'état de santé de la salariée s'aggrave à la suite de la survenue d'un incident traumatisant celui du suicide de sa sœur. Des aménagements ont été proposés par son médecin du travail avec exemption du travail nocturne et pendant le week-end ainsi que sur le contenu du travail. L'état de santé de la salariée continue de se détériorer avec un nombre de jours d'arrêt maladie en

augmentation. La salariée est déclarée inapte avec licenciement en 2010. Elle bénéficie d'une invalidité. En 2011 la salariée est embauchée en tant qu'aide ménagère en libéral. Les échanges entre le médecin du travail et son psychiatre confirment la bonne adhésion aux soins avec un suivi régulier. Elle bénéficie d'un temps de travail partiel durant lequel elle peut organiser son travail sans pression temporelle. En 2022 l'employeur lui demande de faire des remplacements avec un temps de travail quotidien augmenté. La salariée décompense avec une hospitalisation. Vers la suite, la salariée a repris son travail avec respect des aménagements horaires. (Le Boisselier S., & Weber M., 2024). La réussite des épreuves du retour et du maintien dans l'emploi est souvent conditionnée par les ajustements des conditions de travail (horaire fixe, temps partiel et une grande latitude décisionnelle). Cependant, le moindre changement brusque peut conduire à une décompensation, rendant indispensables la surveillance psychomédicale périodique et le respect rigoureux des aménagements par l'employeur.

Par ailleurs, entre 30 et 60 % des patients atteints de TB ne retrouvent pas pleinement leur travail après le début de leur maladie. De plus, un bon nombre de patients est sans emploi et que d'autres ne travaillent qu'à temps partiel. Les difficultés liées à l'emploi sont multiples et les patients atteints de TB ont tendance à présenter un taux d'absentéisme au travail plus élevé comparativement aux personnes actives. (Bowden CL. 2005).

De sa part, Malhi (2016, p. 1) dans son article publié dans la revue *The Lancet* portée sur les « Troubles bipolaires : considérations cliniques clés » a évoqué la notion des besoins primordiaux chez les patients travailleurs auxquels tout intervenant doit les prendre en considération comme indique la citation suivante : « ***Le trouble est complexe et imprévisible. Néanmoins, certains besoins peuvent être identifiés tels que le respect du rythme circadien, l'évitement des facteurs du stress et le renforcement du retour au travail, etc.*** ».

Une étude transversale a été menée dans un centre de soins tertiaires dans le sud de l'Inde auprès de 128 patients atteints de TB ont été hospitalisés pour le motif de rechute a montré qu'une proportion élevée des patients d'environ 69,5 % ont rencontré des événements stressants de la vie dans le mois précédant leur rechute, soutenant l'hypothèse de l'impact potentiel du stress dans la déstabilisation thymique. (Sam SP, et al., 2019). De surcroît, une autre étude mesurant les effets du stress professionnel sur les symptômes du trouble du spectre bipolaire dans une entreprise de fabrication de composants électroniques a révélé que le stress au travail augmente le risque du trouble bipolaire. (Oh, Kim, Ha et Kim, 2020, p. 8). Conformément aux travaux de Dejourn, C. & Gernet, I. (2012 ; p10) dans leur ouvrage collectif de "Psychopathologie du travail" avancent que la problématique de dualité santé mentale/travail est souvent abordée en lien avec le stress psychosocial. À cet effet, le stress constitue le résultat d'un déséquilibre entre les capacités de réponses efficaces fournies par un individu face à des situations issues de son environnement. Ce dernier, est censé s'adapter aux différentes exigences du monde du travail en élaborant, si nécessaire, des stratégies d'adaptation en vue de « faire face » aux situations critiques. C'est en cela que réside l'objet d'étude de la psychodynamique du travail en tant qu'approche à part entière qui tend à explorer les mécanismes de défense mis en œuvre par les travailleurs en vue de préserver leur santé mentale. (Louche C, et col. 2007).

VII. Conclusion

L'approche psychodynamique dans laquelle s'inscrit ce travail, nous a permis de comprendre avec beaucoup plus de précision ce qui est en cause dans la déstabilisation et la crise thymique associées au TB à travers l'exploration de la dynamique intrapsychique des sujets porteurs d'un TB avec personnalité limite.

En somme, concilier la vie professionnelle et bipolarité constitue un réel défi compte tenu de sa complexité et de sa multidimensionnalité tout au long des processus du maintien ou de retour à l'emploi. Si le travail représente un espace d'accomplissement de soi et de construction identitaire, il peut se transformer en source majeure de stress susceptible de fragiliser le bien-être et l'équilibre psychique des collaborateurs. La réussite de cette épreuve dépend principalement de la mise en place de plusieurs mesures telles que la reconnaissance officielle du TB comme étant un handicap

psychique, le suivi psycho-médical rigoureux, le respect des règles d'hygiène de vie, la mise en place des dispositifs d'accompagnement individualisé, la prévention des risques psychosociaux et la sensibilisation des collectifs de travail afin de fournir de meilleures possibilités de contrôle aux sujets souffrants, ainsi qu'à mettre fin à toute forme de stigmatisation.

Éthique et déontologie :

Conformément aux règles éthiques universelles du code de déontologie des psychologues, cette présente étude de cas a été réalisée dans le strict respect de la confidentialité, de l'anonymat et du consentement libre et éclairé de la personne concernée.

Déclaration de conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en lien avec cet article.

VIII. Bibliographie

- Bowden CL. (2005), Bipolar disorder and work loss ». *I am J Manag Care*. 11(3 Suppl):S91-4. PMID: 16097720.
- Bowler, P. J. (1984), *Evolution: The History of an Idea* », University of California Press, Berkeley, Los Angeles and London.
- Bries A, Reynaert C, Zdanowicz N. (2014), « La bipolarité pourrait-elle être influencée par des événements stressants ? Réflexion basée sur un cas clinique ». *Psychiatr Danub*. 26 (Suppl 1) : 31–5.
- Chapelle, F. (2004). « Le handicap, cause ou conséquence du travail ? », *Empan*, no55(3), p.35 <https://doi.org/10.3917/empan.055.0034>.
- Fadoua Oueriagli Nabih et al. (2015), « Les masques trompeurs de la bipolarité : étude de 100 cas. » *Pan African Medical Journal*. 21 :313. doi: [10.11604/pamj.2015.21.313.5409](https://doi.org/10.11604/pamj.2015.21.313.5409)
- Dejours, C., (1992), « Pathologie de la communication, situation de travail et espace public : le cas du nucléaire », in : Dejours C., Molinier P., (1994), « Le travail comme énigme », *sociologie du travail*, n° 94.
- Dejours C, (2000), *Travail : Usure mentale, de la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, 3e éd, Bayard Éditions.
- Dejours, C., Gernet, I., (2012), *Psychopathologie du travail*, éd Elsevier Masson.
- Degavre, F., Desmette, D., Mangez, E., Nyssens, M., Reman, P. (*Dir*), (2010), « Transformations et innovations économiques et sociales en Europe : quelles sorties de crise ? », *Regards interdisciplinaires*, Presses Universitaires de Louvain, pp. 417-418.
- Freud, S. (1894). *Les psychonévroses de défense*, In *Œuvres complètes de Freud / Psychanalyse*, Paris : PUF.
- Gernet, I. (2017). « Travail, souffrance et défenses : du groupe au collectif ». *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 68(1), 33-46. <https://doi.org/10.3917/rppg.068.0033>.
- Kumari A, Jahan M. (2006), Distressful life events in affective disorders. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*.
- Le Boisselier S. & Weber M. (2024), « Troubles bipolaires et maintien en emploi à propos d'un cas », *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* Volume 85, Issues 2–3, Elsevier.
- Lebrun, P.-B. et Laran, S. (2016), « Le handicap : définition et reconnaissance. », *Le droit en action sociale* (p. 155-160). Dunod.
- Le Roy-Hatala, C. (2009). « Le maintien dans l'emploi de personnes souffrant de handicap psychique, un défi organisationnel pour l'entreprise ». *Revue française des affaires sociales*, p. 304 <https://doi.org/10.3917/rfas.091.0301>
- Le Roy-Hatala, C. et Leguay, D. (2013), « Handicap psychique : le chemin qui reste à parcourir ». *L'information psychiatrique*, 89(3), 221-226. <https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1041>.
- Lotte, L. et Séraphin, G. (2009). « Le handicap psychique : un concept ? Une enquête auprès de la population majeure protégée ». *Ethnologie française*. 39(3), p. 455 <https://doi.org/10.3917/ethn.093.0453>.
- Louche C, Lancry A, Brangier E. (2007). *Les dimensions humaines du travail : théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations*, chapitre : “La santé psychique au travail” P : 293. Collection travail et organisation, Presse universitaire de Nancy.

- Malhi GS. (2016), « Bipolar disorders: key clinical considerations ». *Lancet*. p.1 doi: 10.1016/S0140-6736(15)01045-4.
- Marion-Paris E, Beetlestone E, Paris R, Bouhadfane M, Villa A, Lehucher-Michel MP. (2023), « Job retention for people with bipolar disorder: A qualitative analysis ». *Scand J Psychol*. doi: 10.1111/sjop.12876.
- Mehran, F. (2011), « Traitement du trouble de la personnalité borderline », 2^{ème} Édition, Elsevier Masson.
- Oh, H., Kim, K., Ha, T. & Kim, J. (2020). « Effects of job stress on symptoms of bipolar spectrum disorder in an electronic parts manufacturing company ». *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 32, e25. <https://doi.org/10.35371/aoem.2020.32.e25>
- Ouhamou M, Lahlou L, El oumary O, Laaraj H, Doufik J, Mouhadi K, Rammouz I. (2022) « L'impact de la pandémie Covid-19 sur les patients ayant le trouble bipolaire : Spécificité féminine ». *Rev Epidemiol Sante Publique*. p.1 doi : 10.1016/j.respe.2022.03.075
- Sam SP, Nisha A, Varghese PJ. (2019), « Stressful Life Events and Relapse in Bipolar Affective Disorder: A Cross-Sectional Study from a Tertiary Care Center of Southern India ». *Indian J Psychol Med*. doi: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM_113_18
- Yan-Meier L, Eberhart NK, Hammen CL, Gitlin M, Sokolski K, Altshuler L, et al. (2011), « Les événements stressants de la vie prédisent un retard de récupération fonctionnelle après un traitement pour la manie dans le trouble bipolaire ». *Psychiatry Res*. doi : 10.1016/j.psychres.2010.08.028.