UNIVERSITÉ DE GENÈVE

Archive ouverte UNIGE
https://archive-ouverte.unige.ch

Master 2019

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

La construction sociale du burn out : Une question de « carrière » ?

Dufour, Laurence

How to cite

DUFOUR, Laurence. La construction sociale du burn out : Une question de « carrière » ? Master, 2019.

This publication URL: https://archive-ouverte.unige.ch/unige:114440

© This document is protected by copyright. Please refer to copyright holder(s) for terms of use.

UNIVERSITÉ DE GENÈVE
FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SOCIÉTÉ

LA CONSTRUCTION SOCIALE DU BURN OUT : UNE QUESTION DE « CARRIERE » ?

Laurence Dufour

Mémoire de Master en sociologie sous la direction de Claudine Burton-Jeangros

Université de Genève – Institut de Recherches Sociologiques
www.unige.ch/sciences-societe/socio

TABLE DES MATIERES

Table des figures *5*

Remerciements *6*

Introduction *7*

Cadre Théorique : L'approche constructiviste *9*

L'idée : terreau du fait social **10**

Interactions sociales et étiquetage **10**

Construction sociale de la maladie *13*

La maladie mentale en tant que « carrière » *16*

Cheminement de carrière **17**

1) Ressentir, penser, et agir d'une manière anormale 18
2) Début de la maladie 19
3) Obtenir de l'aide et traitement 20
4) Rémission, rétablissement, rechute, et récidive 21

Burn out : la naissance d'une catégorie *23*

Le DSM-5 : quid du burn out ? **24**

Burn out : une maladie sociale contestée **26**

Le « stress process model » *30*

Conclusion *33*

Problématique *34*

Méthodologie *35*

Profil des répondants **37**

Entrée dans la maladie et « effondrement » *41*

Des contextes enchevêtrés ? **41**

Le Contexte social 41
Le Contexte professionnel 44

L'effondrement **49**

Souches **51**

Et si l'on compare les trajectoires ? 53

Conclusion **54**

Vécu dans la maladie *55*

Les symptômes **55**

Perceptions de soi dans la maladie **57**

Perceptions des autres **59**

Étiquetage/Catégorisation **60**

Conclusion **62**

Prise en charge médicale *63*

Pose d'un diagnostic **63**

Mise à l'arrêt de travail **64**

Prise en charge médicale **66**

Médication 66
Entrée en unité psychiatrique 67

Influences externes 69
Soutien thérapeutique 69
Soutien social 70

Conclusion 74

Construction de sens 75

Processus collectif de construction 75

Sens donne par le souffrant 78
Maladie ou accident ? Une question de perceptions… 78
Burn out vs dépression 80

Vision partagée ou indétermination ? 81

Conclusion 82

Rémission, rétablissement, réinsertion 83

Guérit-on vraiment d'un burn out ? 83

Stigmates 88

Changement identitaire 90

Conclusion 91

Peut-on parler de « carrière » du burn out ? 93

Théorisation 97
Modèle synthétisé 99

Conclusion 100

Bibliographie 103

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Modèle de carrière de la maladie mentale **18**

Figure 2 : Nombre de publications sur le burn out par année **27**

REMERCIEMENTS

Prof. Claudine Burton-Jeangros, Docteure en sociologie, Professeure ordinaire au département de sociologie de l'Université de Genève.
Je remercie infiniment Prof. Claudine Burton-Jeangros pour sa supervision et ses conseils avisés tout au long de ce travail. Les liens que nous avons tissés sont précieux et constituent des points d'ancrage importants pour la suite de mon parcours.

Prof. Eric D. Widmer, Docteur en sociologie, Professeur ordinaire au département de sociologie de l'Université de Genève.
Je remercie Prof. Eric D. Widmer pour sa disponibilité en tant que jury pour ce travail de mémoire.

Je souhaite bien sûr remercier tous les répondants qui ont participé à cette étude pour la confiance qu'ils/elles m'ont accordée durant les entretiens. Sans eux/elles, cette recherche n'aurait tout simplement pas pu s'effectuer. Ces hommes et ces femmes m'ont donné accès à une étape difficile de leur parcours de vie, qui jusqu'à ce jour n'avait été révélée qu'à un cercle restreint de proches. Leur témoignage contribuera certainement à ouvrir une réflexion plus large sur le burn out.

INTRODUCTION

Est-ce la société qui crée l'homme ou l'homme qui crée la société ?

Cette phrase « philosophique » pose les bases de deux paradigmes majeurs en sociologie, le déterminisme social d'une part, et le constructivisme interactionniste d'autre part. Le premier courant considère que l'humain se construit à l'aide d'éléments antérieurs à lui-même, transmis de génération en génération par la socialisation. Soumis à un système de normes et de croyances collectives qu'il ne peut modifier, l'individu intériorise progressivement un certain ordre social qui le façonnera tout au long de son existence[1]. Ce paradigme met en avant le social au détriment de l'action individuelle, laquelle est subordonnée à la réalité objective du monde. In fine, la trajectoire de l'humain est déterminée par le social qui l'entoure, donc par quelque chose d'externe à lui-même.

A l'inverse, sous l'angle des théories constructivistes, et plus particulièrement celle du constructivisme interactionniste, l'humain crée la société dans laquelle il évolue par le biais d'échanges constants avec les autres. Quand bien même le monde objectif existe (il y a un monde réel extérieur aux individus qui s'impose à eux), il est le résultat d'un ensemble d'interactions à la base de toute création de sens, donc de toute connaissance. En d'autres mots, le monde social est façonné par la somme de connaissances subjectives rendues compréhensibles pour l'ensemble des individus grâce à des significations communes. La force de cette approche réside dans le processus dynamique entre une réalité objective, qui s'appuie sur des normes collectives et sur des structures fixes (institutionnalisées grâce à un consensus social), et les individus qui la composent, dont les connaissances subjectives sont force de réalisation. Cette théorie souligne la part active de l'individu dans la transformation des pratiques quotidiennes par le biais d'interactions qui évoluent constamment, au même titre que le contexte dans lequel elles prennent place (Peter et Luckmann, (1966[2018]), Marvasti (2008)).

Ces deux approches théoriques sont incontournables dans la compréhension du burn out en tant que carrière, c'est à dire comme un processus de transformation qui impacte les individus au fil des étapes traversées durant l'événement. Ici, le burn out n'est pas compris comme le résultat d'actions individuelles indépendantes de la situation dans laquelle il s'extériorise. Au contraire, il prend naissance dans un ensemble d'actions qui mettent en scène une pluralité d'acteurs engagés dans une même réalité, *qui pourrait ne pas être*, si elle était vécue dans un autre contexte.

[1] Se référer à l'œuvre d'Emil Durkheim, pionnier du déterminisme social.

Cette recherche met l'accent sur le burn out en tant qu'événement qui s'inscrit dans une trajectoire de vie « située », et qui marque la rupture avec un certain déterministe au profit d'une redéfinition de l'individu, grâce à des interactions « sensées » entre soi et les nouveaux autruis significatifs. Il permet la confrontation et la distanciation d'avec un certain modèle social transmis et intériorisé, lequel a impacté les actions des souffrants jusqu'au *clash*. Le burn out est un processus suffisamment lourd et traumatisant pour déconstruire ce qui était préalablement considéré comme manifeste et non questionnable. Le passé est réinterprété à la lumière de ce qui a été vécu de façon à pouvoir affirmer une identité transformée, grâce à une construction de sens intersubjective. L'hypothèse du burn out en tant que carrière permet de souligner le caractère contingent de la maladie et de l'inscrire dans une vision évolutive de la société. En d'autres termes, la nomenclature et la/les définition(s) qui, à l'heure actuelle, caractérisent le burn out se transformeraient conjointement aux vécus des souffrants, grâce à l'apport de nouvelles connaissances et perceptions subjectives, émises dans un contexte sociétal qui s'enrichit et se modifie progressivement moyennant l'intériorisation de nouveaux modèles d'interaction.

Cette hypothèse a été testée sur le terrain grâce à la participation de douze personnes, lesquelles ont toutes été d'accord de partager leur vécu par le biais d'entretiens face à face. Ces entretiens leur ont également permis de situer/positionner le burn out dans leur trajectoire de vie, qui évolue aujourd'hui encore en réponse à un événement profondément marquant.

Dans un premier temps, nous prendrons connaissance du cadre théorique dans lequel s'inscrit cette recherche et nous nous familiariserons avec les écrits de plusieurs sociologues – et autres scientifiques - qui font état de leur recherche sur des thèmes tels que la construction sociale de la maladie, le concept de *carrière* et le burn out. Puis, nous suivrons la trajectoire des souffrants, étape par étape, de leur entrée dans la maladie jusqu'à leur rétablissement, et nous tenterons de dégager des similarités (et des contrastes) dans le parcours de tous les répondants. Ce cheminement nous permettra d'élaborer un modèle de *carrière* de burn out, lequel illustre une tendance générale au sein de l'ensemble des répondants, tout en respectant le vécu subjectif de chacun.

CADRE THEORIQUE : L'APPROCHE CONSTRUCTIVISTE

Ce premier chapitre pose les bases de ce travail de recherche par une prise de connaissance du cadre conceptuel dans lequel il s'inscrit. Il s'agit ici de définir une théorie qui, aux yeux du (de la) chercheur(se), apporte les meilleures réponses à une certaine problématique posée. La problématique du burn out en tant que construction sociale a progressivement germé dans mon esprit suite à l'intérêt que je porte à la contingence des faits sociaux et à leur pérennisation (ou à leur disparition). Le travail du(de la) sociologue consiste, entre autres, à identifier le processus qui permet à un fait social de s'institutionnaliser, ou non, dans un contexte précis, et de souligner les acteurs principaux faisant partie de ce processus. A mon sens, l'approche constructiviste propose les meilleurs outils pour appréhender le burn out en tant que réalité contingente, laquelle évolue au gré des contextes interactifs.

Le grand intérêt de cette approche est de questionner la réalité telle que nous la percevons et la vivons au quotidien, d'interpeller nos savoirs sur ce qui *est*, et d'ouvrir notre esprit à la critique du fait établi, du *status quo*. Les défenseurs de cette approche ne voient dans les faits sociaux qu'une construction à l'image d'un bâtiment qui prendrait forme progressivement grâce à la mise en œuvre d'actions coordonnées et à l'assemblage de différents matériaux.

Trois ouvrages principaux m'ont permis d'aborder la notion de *construction sociale* d'une manière structurée et claire : l'ouvrage de Ian Hacking (2001), « *Entre science et réalité, la construction sociale de quoi ?* », celui de Marc Loriol (2012), « *La construction du social* », et celui de Peter Berger et Thomas Luckmann (1966[2018]), « *La construction sociale de la réalité* » ont été des références incontournables afin de « construire » ma problématique autour du burn out.

Pour Ian Hacking (2001), dire que le fait ou le phénomène X est socialement construit signifie que :

- « X n'a pas besoin d'exister, ou n'a pas besoin d'être comme il est en quoi que ce soit. X, ou X tel qu'il est aujourd'hui n'est pas déterminé par la nature des choses ; il n'est pas inévitable (…) X est venu à l'existence ou a été mis en forme par des événements sociaux, des forces sociales, une histoire sociale, des choses qui auraient pu être bien différentes » (Hacking, 2001, p.21).
- « Dans l'état actuel des choses, X est pourtant tenu pour acquis ; il apparaît pourtant comme inévitable » (Hacking, 2001, p.28).

L'IDEE : TERREAU DU FAIT SOCIAL

Nous voyons là l'importance accordée au contexte social (à la « matrice » pour reprendre les termes de Hacking), au sein duquel se construisent les idées et les perceptions dans un mouvement continuel d'interactions entre les différents agents. Les idées se forment à l'intérieur d'un ensemble complexe de dispositions propres à un lieu, un temps, une culture. Les idées sont des concepts mouvants qui s'articulent autour d'une définition consensuelle et contingente. Elles s'élaborent dans les coulisses de la scène du réel où chaque acteur souhaite tenir un certain rôle.

> « Les idées sont là, dehors, dans l'espace public. Elles peuvent être proposées, critiquées, cultivées, rejetées. Les idées n'existent pas dans le vide. Elles existent à l'intérieur d'un contexte social » (Hacking, 2001, p.26).

Les idées génèrent un processus de classification qui permet, selon Hacking (2001), de regrouper les individus, les faits, dans des *genres* bien distincts. En d'autres termes, il y a construction sociale dès le moment où les individus interagissent ensemble et créent, dans un contexte donné, des classifications issues de certaines idées. Le point qu'il me semble important de retenir est que les idées qui créent un *genre* permettent de regrouper une catégorie de personnes comme appartenant à ce genre. Le fait de classifier un certain *genre* de personnes confère à ces dernières un certain statut qui devient leur « réalité quotidienne ».

> « Dès que nous avons l'expression, l'étiquette, nous avons en même temps l'impression qu'il existe un genre bien défini de personnes (…) Ce genre de personne en vient à se réifier » (Hacking, 2001, p.46).

Hacking (2001) introduit alors le concept d'*espèce interactive* qui décrit le processus d'intériorisation de la catégorie par les individus catalogués grâce aux interactions qui conscientisent le fait de faire partie d'un certain groupe. Les catégories, les individus concernés, les pratiques et les institutions qui émergent de la catégorisation et des interactions se constituent mutuellement.

INTERACTIONS SOCIALES ET ETIQUETAGE

Dès les années 1960, les travaux d'Erving Goffman - un des précurseurs de l'approche interactionniste - avaient familiarisé le lecteur avec ce que l'on pourrait appeler une boucle interactive qui se crée entre l'individu catégorisé/stigmatisé et le contexte social dans lequel il évolue. Via « l'itinéraire moral » (Goffman, 1963), les individus au sein d'une même catégorie (Goffman parle de « stigmatisés ») participent activement à la construction de leur monde social grâce à d'incessantes interactions sociales. Dans le cadre de deux ouvrages majeurs (1961, 1963), il explique le processus de construction de la maladie mentale par le bais d'interactions, qui elles-mêmes vont modifier la manière dont les personnes se perçoivent et agissent.

> « Les personnes affligées d'un certain stigmate acquièrent en général une même expérience de leur sort et connaissent des évolutions semblables quant à l'idée qu'elles ont d'elles-mêmes, parcourent en d'autres termes un « itinéraire moral », cause en même temps qu'effet de leur implication dans une même suite d'adaptations personnelles » (Goffman, 1963, p.45).

Cette conception rejoint celle de Hacking (2001) dans le sens où l'idée que l'on se fait de la personne et la personne elle-même sont deux éléments distincts. Le fait d'être catégorisé initie conjointement une transformation de la personne et un renforcement de la catégorie créée. Howard Becker (1963) désigne ce processus en tant qu' « étiquetage » de la personne (*labelling theory*). Le fait de qualifier un individu à l'aide de certaines caractéristiques l'entraîne dans une modification progressive des perceptions qu'il a de lui-même et des perceptions qu'ont les autres de lui-même. Ce processus dynamique peut tout autant être informel que formel, à mesure que les institutions renvoient et matérialisent une certaine construction de la réalité qui devient inévitable. Alors qu'il étudie et observe les personnes « déviantes », Becker (1963, p.54) souligne que le fait d'être stigmatisé a des « conséquences importantes sur la participation ultérieure à la vie sociale et sur l'évolution de l'image de soi de l'individu » et que la « conséquence principale est un changement dans l'identité de l'individu aux yeux des autres ».

Inspiré par les travaux de William Thomas[2] (1923), Marc Loriol (2012) aborde une tradition constructiviste qui met l'accent sur le *sens donné à une situation*. Cette approche soutient le fait que tout individu agit en fonction de la signification qu'il donne à une situation, mais ce sens est influencé par tout un ensemble d'acteurs qui eux-mêmes sont à la base de définitions sociales bien précises. C'est dans le jeu des interactions que la signification de la situation évolue et s'inscrit dans un tableau plus large. Les comportements, les choix et les stratégies des acteurs sont alors guidés par le sens donné au contexte de l'interaction, sens qui est lui-même le produit du contexte social et historique.

> « Les définitions collectives d'une situation (prophéties et prévisions) font partie intégrante de la situation et affectent ainsi ses développements ultérieurs » (Robert Merton cité par Loriol, 2012, p.53).

Le rôle du sociologue se situe dans l'analyse du contexte de la construction du sens, des acteurs impliqués, ainsi que dans l'observation du processus qui se met progressivement en place et qui permet de rendre concrètes et « réelles » les idées et les perceptions.

Berger et Luckmann (2018 [1966], p.66) nous rappellent que « le monde de la vie quotidienne n'est pas seulement considéré comme donné en tant que réalité par les membres d'une société dans la conduite subjectivement chargée de sens de leur vie. C'est aussi un monde qui trouve son origine dans leurs pensées et leurs actions, et est maintenu en tant que réalité par ceux-ci ».

[2] Pour W. Thomas, l'hypothèse centrale est que les choix et les comportements des acteurs sont guidés par la signification qu'ils donnent au contexte des interactions.

Ce mémoire visera à identifier les acteurs principaux qui font partie de la construction du sens du burn out et la signification donnée à la situation par le souffrant lui-même. Sur la base de cette approche constructiviste, le système circulaire dans lequel s'inscrivent les interactions des acteurs oriente la direction du fait social et pérennise sa réalisation. Le fait devient alors « quelque chose » qui semble présent depuis toujours. On « fait » avec.

L'approche constructiviste privilégiée ici est celle qui considère la « construction sociale » comme un processus collectif de création de sens où les comportements adoptés par les acteurs entrent en confrontation les uns avec les autres et orientent le résultat final. C'est un travail de construction et de reconnaissance de « soi » dans un contexte social donné. Comme le souligne Loriol (2012, p.53), comprendre une situation sociale nécessite de « reconstruire un système d'interactions et de mettre à jour les éventuelles divergences ou convergences de conception de la situation. C'est à dire comment les relations et les rapports de force à un moment donné se traduisent par un équilibre et une vision partagée de la situation ou, parfois, par des malentendus et des adaptations conflictuelles ».

Le prochain chapitre aborde plus précisément la construction sociale de la maladie mentale et introduit la notion de « carrière » comme instrument d'analyse du fait observé. La notion de « carrière » renvoie à l'Ecole de Chicago, rendue célèbre par son approche microsociologique qui souligne l'importance des interactions dans la construction des faits sociaux. Le concept de « carrière morale » appliqué à la santé mentale et à la déviance trouve entre autres ses origines dans les écrits de Goffman (1961) et de Becker (1963). Ce concept définit les changements dans la manière dont la personne se perçoit alors qu'elle effectue un passage entre une personne « normale » et un patient ou un déviant.

Dans un premier temps, j'aborderai la maladie mentale dans son acception la plus générale, puis j'aborderai la notion de burn out, catégorie aux contours flous dont l'institutionnalisation n'est de fait pas complète.

CONSTRUCTION SOCIALE DE LA MALADIE

En anglais, le terme *maladie* se traduit par deux vocables qui modifient sa signification selon le contexte dans lequel il est utilisé. Il y a le mot « disease » qui souligne la condition biologique, et le mot « illness » qui met l'accent sur la signification sociale de la condition (Conrad, 2010).

Contrairement au modèle médical qui part du principe que les maladies sont universelles et invariantes selon la période ou l'endroit, l'approche constructiviste met l'accent sur la manière dont la signification et l'expérience de la maladie sont façonnées par les systèmes culturels et sociaux (Conrad, 2010).

> « S'il existe une base physiologique commune entre tous les hommes, la façon dont le mal-être sera vécu est pour une part influencée par les théories et les catégories particulières qui sont mises en œuvre pour le penser » (Loriol, 2012, p.78).

Comme lu précédemment, le processus dynamique de construction de sens d'un fait social est une composante majeure des approches constructivistes. Les acteurs interagissent et donnent forme à une catégorie qui se nourrit du contexte social dans lequel elle est imaginée. Cette construction de sens va souvent de pair avec ce que plusieurs chercheurs nomment le « claim making process » (voir Loriol, 2012 et Conrad, 2010). On peut traduire ceci par le *processus de construction d'une revendication* par certains groupes sociaux. La thèse de cette approche souligne que la naissance et l'identification d'un problème social ne relèvent pas de choix individuels, mais plutôt d'une revendication collective (Loriol, 2012).

Loriol (2012) s'inspire du modèle de Spector et Kitsuse (1973) sur la construction d'un problème social pour illustrer les phases successives de création de la maladie, et plus précisément de la maladie mentale. L'émergence de la maladie s'effectue au travers des prises de position des acteurs et de leurs doléances, plutôt que par des paramètres biologiques, tels qu'observés par différents acteurs.

La première étape définit l' « invention » ou la « découverte » par un groupe d'experts d'un problème social ou médical. Selon Loriol (2012)[3], ces experts sont principalement des médecins qui ont initié l'étude d'un nouveau champ d'investigation tout en restant marginaux, voire dénigrés au sein du monde scientifique. Loriol ajoute qu'« il n'est pas

[3] Loriol (2012, p.45) cite plusieurs études qui ont été entreprises dans le domaine de la santé, notamment sur le sida (Setbon, 1993), l'alcoolisme (Conrad et Schneider, 1980), le cancer (Pinell, 1992), et sur la fatigue (Loriol, 1998 et 2000).

rare, d'ailleurs, que les nouvelles définitions restent au niveau de l'opinion d'un auteur et sombrent rapidement dans l'oubli » (p.45). Pour que ces dernières puissent trouver écho à l'extérieur, il est indispensable que le contexte social adhère préalablement à un certain courant de pensée en faveur de la nouvelle définition. C'est ce qui définit la seconde étape.

Loriol (2012) la qualifie d' « entreprise morale » - pour reprendre les termes de Becker (1963 ; 1985) – c'est à dire la période où se constitue une nouvelle norme, qui dans un premier temps est popularisée, puis imposée à la société. Cette nouvelle norme, ou nouvelle catégorie, procède d'un travail d'information et de publicisation auprès du public par les experts ou par des groupes profanes (associations de patients, porte-paroles des victimes). Ce travail actif de prises d'initiatives influence la manière dont est perçue la maladie et permet de distinguer les personnes qui tombent dans la catégorie de celles qui restent en dehors du fait nouvellement identifié.

A partir de l'exemple du *burn out* des infirmières hospitalières françaises, Loriol (2003) montre comment une nouvelle catégorie s'est créée et quel a été son impact social. A la fin des années 1980, les grèves et les manifestations des infirmières en lien avec des conditions de travail insatisfaisantes vont marquer le début de l'entreprise morale en incitant une prise de conscience et une diffusion des connaissances de la problématique. Cette publicisation auprès des professionnels puis d'un public plus large a permis aux infirmières de donner un sens au malaise qu'elles ressentaient et d'y trouver une explication grâce à sa reconnaissance par les acteurs concernés.

> « La notion d'entreprise morale peut être ainsi rapprochée de celle de « mise à l'agenda », c'est à dire l'ensemble des processus qui conduisent un fait social, ou plutôt une définition particulière d'un fait social, à obtenir le statut de « problème public », appelant une réponse des autorités concernées. » (Loriol, 2012, p.46)

Cette phase de la construction de la maladie renvoie à la théorie de l'étiquetage vu précédemment. C'est au moment où les acteurs et les institutions « mettent en forme » une nouvelle définition du fait social, i.e. de la maladie mentale, qu'intervient l'étiquetage progressif de personnes concernées. Gove (2004) souligne que cette théorie constructiviste met l'accent sur la manière dont les institutions sociales définissent la connaissance et le traitement des personnes qui souffrent de troubles mentaux, et par conséquent la manière dont les institutions créent des trajectoires - carrières - pour ceux qui sont étiquetés comme malades mentaux.

Le processus de remaniement de l'identité s'opère chez le malade et celui-ci intègre, progressivement, la nouvelle catégorie à laquelle il s'identifie. Berger et Luckmann (2018 [1966], p.247) nous rappellent que « la réalité subjective est toujours dépendante de structures spécifiques de plausibilité, c'est-à-dire, de la base sociale spécifique et des processus sociaux que sa maintenance requiert ». En d'autres mots, la personne étiquetée comme

malade (mental) ne peut maintenir sa désignation que dans un milieu social et médical qui confirme cette identité.

La dernière étape, que Loriol (2012) identifie comme celle de « l'institutionnalisation de la nouvelle définition », marque le moment où le succès de l'entreprise morale permet à la nouvelle forme de maladie de « s'installer » dans la vie quotidienne d'une manière stable et est considérée comme acquise par l'ensemble des acteurs. Cette institutionnalisation s'effectue par différents biais, notamment par l'inscription de la maladie dans les manuels de médecine et/ou dans des manuels de classification des maladies (tel que le DSM dont nous parlerons plus loin), par la création d'associations d'aide aux patients, par la reconnaissance officielle du trouble par les autorités médicales et publiques (l'OFSP en Suisse, par exemple), etc.

Berger et Luckmann (2018 [1966]) utilisent le terme « d'habituation » pour décrire cette phase où des significations partagées par l'ensemble d'un groupe social deviennent une réalité objective. Le donné de la réalité n'est plus sujet à une redéfinition.

> « Les actions (…) sont pensées non pas en tant qu'événements isolés, mais en tant qu'éléments reliés à un univers subjectivement signifiant et dont les significations ne sont pas spécifiques à l'individu, mais socialement articulées et partagées » (Berger et Luckmann, 2018[1966], p.126).

Dès lors, la création d'une définition publique contextualisée et consensuelle établit des frontières entre ceux qui sont concernés par cette définition et les autres. L'étiquetage d'une personne en tant que « malade » la conduit à suivre une trajectoire de vie spécifique à son statut de malade et modifie la réponse qui est faite par la société à ce mal et à ses manifestations. Conrad et Barker (2010) déclarent que certaines maladies sont dotées d'une signification culturelle et sociale particulière et que cette connotation « colle » à la maladie causant des conséquences périphériques qui peuvent être importantes, comme la stigmatisation du patient (Finzen 2017) ou alors l'introduction d'inégalités de traitement.

LA MALADIE MENTALE EN TANT QUE « CARRIERE »

Le concept de carrière est communément utilisé dans la sphère du travail pour signifier une progression professionnelle au cours de sa vie. « La carrière est cette séquence même de statuts, de rôles, d'honneurs (…), pour autant que la profession en détermine la chronologie » (Tréaton, 1960, p.73). Aneshensel (2013) ajoute que la notion de « carrière » désigne toute sphère d'activité au sein de laquelle les personnes progressent de manière ordonnée dans une direction précise. « This development quality is captured in the description of career as *the unfolding of a social role* » (Aneshensel, 2013, p.604).

La notion de « carrière » a largement été abordée dans le domaine de la sociologie pour rendre compte du développement de faits sociaux dont l'observation a permis d'identifier les étapes inhérentes à leur construction[4]. Loriol (2012) souligne que la notion de carrière appliquée au domaine de la santé mentale permet d'analyser la maladie comme un *travail de transformation de soi* et non pas en fonction de ses caractères distinctifs.

Darmon (2008) met en exergue le fait que le travail du sociologue ne se limite pas à la description des propos des interviewés sur leur transformation, mais à l'identification, la mise en évidence des phases successives qui donnent lieu à l'objectivation d'un phénomène. Cet ordre des choses peut être choisi et voulu, mais il peut aussi s'avérer « hors de la conscience » des individus. Il s'agit pour le chercheur de rendre visible, grâce à l'agrégation d'expériences communes, un séquençage jusque-là indécelable (Darmon, 2008). Le sociologue se doit également de se départir du sens commun et de « rompre avec les conventions » afin de produire un discours qui est propre au domaine de la sociologie (en rupture avec le discours médical ou psychologique).

> « L'usage de la notion de carrière interdit le recours au pathologique comme explicatif. L'étiquetage pathologique joue bien plutôt le rôle de « poteau indicateur », signalant qu'une véritable analyse sociologique doit être développée pour rendre compte de l'aspect qui se donne à voir comme tel » (Darmon, 2008, p.154).

Le propre du métier de sociologue est donc de comprendre « comment » on devient malade et non « pourquoi » (propriétés individuelles qui seraient la cause de la maladie). Ce qui nous importe est d'analyser le processus au terme duquel l'individu est considéré comme « malade » et quelles sont ses réactions face à cette nouvelle désignation.

[4] Pour une liste exhaustive d'études sociologiques abordant le terme de « carrière », se référer à l'article de Aneshensel (2013, p.604).

Gove (2004) déclare que l'étude de la carrière des malades mentaux (career of the mentally ill) doit porter une grande attention aux trajectoires différenciées des malades, notamment en termes d'hospitalisation, aux processus de (re)définition de soi qui s'opèrent durant la carrière, et aux processus qui mènent (ou pas) à un retour à la « normalité ».

Becker (1985 [1963]), quant à lui, insiste sur le fait que « l'anormalité » d'un événement dépend de la manière dont les autres réagissent ; et ces réactions peuvent largement dépendre du contexte dans lequel il est vécu. En d'autres termes, le sens donné par les autres à la maladie est déterminant dans la trajectoire du malade et dans sa conception qu'il a de lui-même en tant que malade.

> « L'idée de dépression comme mauvaise adaptation de l'individu à sa société est à la fois difficilement pensable dans une culture holiste et politiquement incorrecte sous une dictature communiste, alors qu'elle va de soi dans la société individualiste américaine » (Loriol, 2012, p.102).

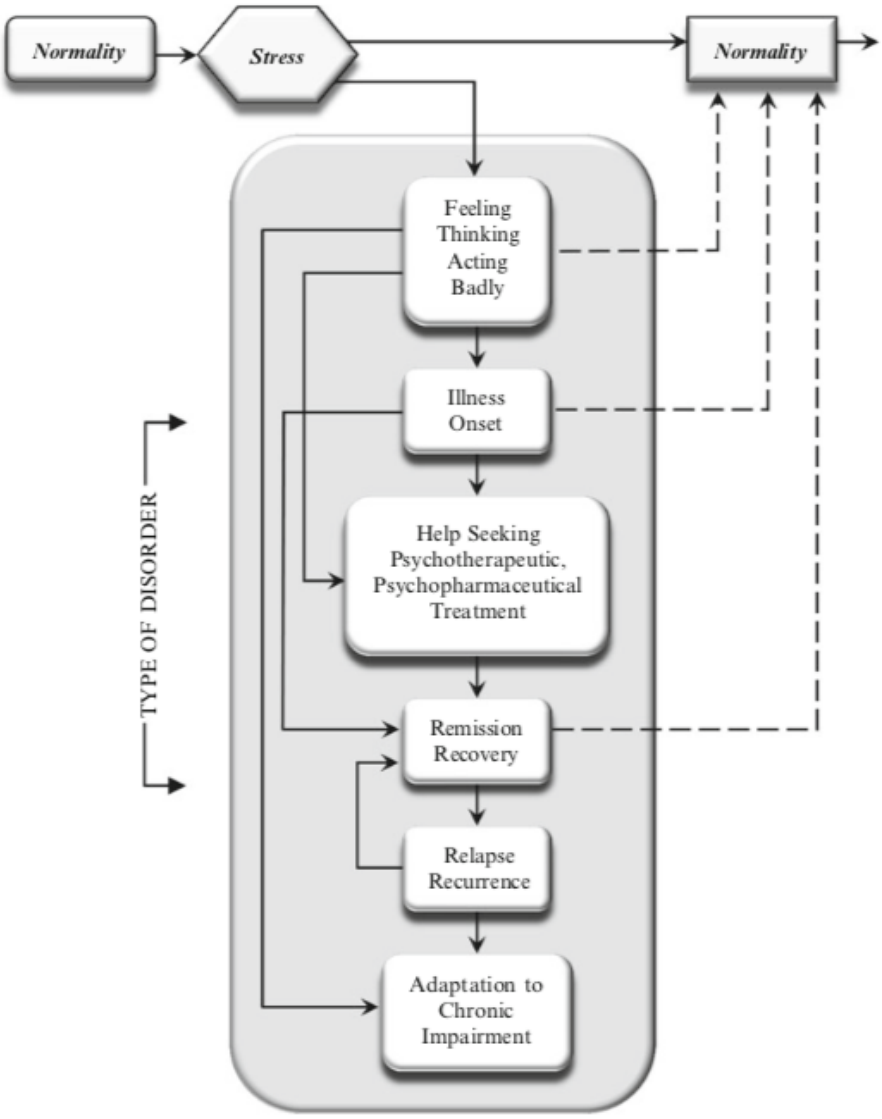
CHEMINEMENT DE CARRIERE

L'article de Carole Aneshensel (2013) sur le thème de la « carrière » analysée sous le prisme de la maladie mentale constitue un cadre d'analyse solide en raison de sa description précise des différentes étapes traversées par les personnes qui vont expérimenter une transformation tout au long de leur parcours du « normal » au pathologique.

> « The career model articulates experiences that are shared in common among people with mental illness, as distinct from the unique experience of any one person (…) it (the model) emphasizes junctures between stages as critical crossroads that delineate alternative career paths, rather than positing a single career route that is followed by all persons with mental illness" (Aneshensel, 2013, p.606).

Ce modèle servira, par la suite, de cadre de référence/point de comparaison lors des entretiens effectués auprès des personnes souffrant du syndrome du « burn out » afin de déceler des (ir)régularités dans leur parcours.

Figure 1 : Modèle de carrière de la maladie mentale



Source : Aneshensel (2013)

L'intérêt de cet article, au-delà de la nomenclature des étapes, réside également dans son apport de connaissances sur l'expérience subjective du patient face à sa maladie, c'est-à-dire, comment il vit, de son point de vue, l'expérience de la maladie.

1) RESSENTIR, PENSER, ET AGIR D'UNE MANIERE ANORMALE[5]

Cette première étape marque l'écart entre ce qui est considéré comme "normal" et ce qui est ressenti comme "anormal" selon les standards et les normes de la société, ou, d'un point de vue médical, par rapport à ce que l'individu a l'habitude de ressentir. Les changements d'humeur, tensions et autres comportements inhabituels provoquent chez l'individu un sentiment d'inconfort, mêlé à de l'angoisse et à de la douleur interne sur lesquels il peine à mettre des mots. Il souffre généralement en silence par crainte de révéler

[5] Dans le texte original: Feeling, thinking, and acting badly

ses troubles et recherche par lui-même la signification de son état de mal-être. L'isolement social est un risque aggravant alors que le soutien social peut aider l'individu à retrouver le chemin de la normalité, même face à l'adversité. Les attitudes anormales ne sont pas considérées comme les symptômes d'un désordre mental, mais le deviendront par la suite.

Gove (2004) mentionne que cet « état » dépressif est considéré par le public non initié comme un trouble transitoire auquel les personnes en situation de stress démesuré doivent faire face. En effet, comme le montre la figure n°1, le stress est à la jonction entre l'état « normal » et pathologique.

2) DEBUT DE LA MALADIE[6]

Le début de la maladie s'apparente à une prise de conscience par l'individu que quelque chose ne va pas. Celui-ci identifie son problème comme une forme de maladie mentale, sans toutefois lui donner un contour précis. Il y a reconnaissance des attitudes anormales par le concerné, et également par les proches qui l'identifient comme malade avant même parfois que la personne n'accepte son état.

L'étiquetage est un moment décisif dans le changement de perception de soi, de l'identité du malade. Celui-ci prend conscience d'être une personne en détresse et il amorce la construction d'une « identité de malade » afin de trouver le sens de son inconfort psychique. Cette identité évolue au fil du temps, reflétant les changements de perception et de conscience de l'individu.

La persistance de l'angoisse et de la souffrance dans un environnement qui paraît ordinaire renforce le processus d'auto-étiquetage en tant que malade. Il y a prise de conscience d'une divergence entre les émotions ressenties et celles prescrites par les normes émotionnelles. Lorsqu'il en est capable, l'individu fait l'effort d'harmoniser ses émotions avec les attentes sociales, toutefois, en cas d'échec, il doit se confronter au poids social que représentent ses ressentis atypiques et cette pression détermine le fait qu'il est malade, stressé, inadéquat, qu'il devient fou…

Durant cette étape, les influences externes sont importantes dans la clarification des émotions internes surtout lorsque l'individu ne comprend pas le sens de ce qui lui arrive. Le réseau social aide à cerner la situation, de même qu'il influence les prises de position et les décisions quant au statut de la maladie (est-elle réelle ou pas ?) aux mesures à prendre et à l'interprétation des résultats. Lors de l'aggravation de cette étape, l'individu est mené à demander de l'aide et à suivre un traitement.

[6] Dans le texte original : Illness onset.

3) OBTENIR DE L'AIDE ET TRAITEMENT[7]

Cette étape caractérise le moment où la personne réalise que les tentatives isolées d'amélioration de son bien-être sont infructueuses et qu'il est nécessaire de faire appel à une aide professionnelle. Il est à noter que cette phase ne concerne pas l'ensemble des individus ; certains voient leur état évoluer positivement sans avoir recours aux traitements médicaux.

L'influence externe est déterminante lorsque la personne, arrivée en phase deux, ne se voit pas suivre un traitement ou ne se considère pas comme « malade ». La famille, les amis, les intervenants externes, comme les urgences ou la police, peuvent alors décider que le comportement et les pensées de l'intéressé s'écartent suffisamment de la normalité pour nécessiter un traitement, même contraint. Ce mouvement dans la « carrière » est alors dirigé par les perceptions des autres et non celles de l'intéressé.

Pour d'autres, la prise en charge médicale peut être repoussée ou contournée par crainte des conséquences sociales négatives que peut représenter un traitement lié à une maladie mentale. Gove (2004) fait la distinction entre un *état dépressif* (« nervous breakdown ») et une *maladie mentale* dans l'importance des répercussions sociales sur le sujet concerné. Pour lui, la stigmatisation sera plus importante lorsque la maladie mentale est reconnue par les proches et qu'elle nécessite un séjour hospitalier stationnaire (contrairement à un état dépressif qui ne nécessiterait que des soins ambulatoires).

Gove (2004) affirme encore que le passage à l'hospitalisation *désigne* une personne en tant que personne mentalement malade et que ce statut est renforcé par la prise en charge de la maladie par le personnel soignant.

> « At the pragmatic level, psychiatrists « create » mental illness. Their acts define and bracket the chaos that is being manifested, determine how that chaos is to be understood, the nature of roles of the various parties involved, and how that chaos is to be controlled » (Gove, 2004, p.368).

Abstraction faite de l'entrée en hospitalisation, le traitement médical est également un événement important dans cette phase de la « carrière » car pour la première fois un diagnostic officiel est posé. La personne intègre sa nouvelle identité de malade et progresse dans sa vie avec cette nouvelle perception d'elle-même. La prise d'antidépresseurs (psychotropes) entraîne une restructuration du soi différente selon que le patient adhère ou non à la médication. Lorsque la prise de médicament rentre en conflit avec une certaine éthique personnelle (ex. je ne soumets pas mon corps à des produits chimiques), le sentiment d'être « anormal » peut augmenter, quand bien même le recours aux psychotropes améliore les capacités fonctionnelles du patient.

[7] Dans le texte original: Help seeking and treatment.

4) REMISSION, RETABLISSEMENT, RECHUTE, ET RECIDIVE[8]

Toute la question est de savoir s'il est possible de redevenir « normal », aux yeux de la société et de soi-même, après avoir traversé un épisode dépressif « transformateur », quel que soit le degré de gravité diagnostiqué.

Aneshensel (2013) souligne qu'un stress émotionnel chronique est directement lié à une répétition d'événements aigus, à la présence continuelle de pressions au sein de rôles sociaux importants - tels que le travail, la famille ou la situation financière - et à l'absence prolongée de soutien social. De ce fait, les causes sociales d'une détérioration chronique de la santé mentale sont à rechercher dans la continuité des trajectoires de vie du « malade ». Comme le note Pearlin (2009, p.213):

> « Essentially, people's life can be caught up in a temporal proliferation of stressors, where repeatedly one or more stressors follow others through time. Early adversity, including trauma, does not necessarily have a leapfrog connection to later life, but, instead, is connected by a series of interrelated hardships and problematic experiences».

La voie du rétablissement est un processus continu qui n'aboutit pas à l'arrêt subit des symptômes et au rétablissement d'une « bonne » image de soi. L'amélioration de la qualité de vie grâce au recours à la médication ne résout pas le problème identitaire et la manière de regagner le statut de « normal ». Gove (2004) souligne qu'il n'existe pas de scénario officiel qui certifie qu'un individu est à nouveau « normal ». Les personnes qui ont traversé un épisode psychopathologique se sentent souvent dans l'incertitude quant à leur trajectoire et sont confrontées à leur étiquette de « malade » sans pouvoir réellement réintégrer un rôle non-déviant. Aneshensel fait référence à Thoits (2011) qui soutient qu'une vaste majorité de personnes ayant souffert de troubles mentaux subissent les effets d'une discrimination et d'une stigmatisation au sein de leur communauté, et ceci impacte fortement leur vie professionnelle et privée. Pour d'autres, au contraire, l'expérience de la maladie et la recherche continuelle de sens dans l'épreuve ont été une opportunité d'apprendre et d'augmenter leur capacité d'empathie.

Pour conclure, Aneshensel veut nous rendre attentifs au fait qu'il n'y a pas qu'une seule sorte de « carrière » dans la maladie mentale, mais que celle-ci est influencée par l'expérience passée et par ce qui est anticipé pour le futur. L'évolution dans le temps de la déficience psychiatrique est structurée par des processus sociaux qui vont au-delà de la maladie elle-même et qui engendrent des réponses différenciées lors des passages d'une étape à l'autre. L'expérience de la maladie est personnelle, mais également profondément sociale. En effet, les caractéristiques individuelles qui rendent une carrière unique coexistent avec des tendances communes qui délimitent des trajectoires de « carrière » précises partagées avec les autres.

[8] Dans le texte original : Remission, recovery, relapse, and recurrence.

Le travail du sociologue réside dans l'identification de ces similarités et de tenter de comprendre comment elles sont influencées par des processus et des caractéristiques sociales.

BURN OUT : LA NAISSANCE D'UNE CATEGORIE

Les premières mentions du terme *burn out* sont apparues dans les années 1970 sous la plume d'Herbert Freudenberger (1926-1999), psychologue américain, dont l'article paru en 1974 retrace le vécu de volontaires dans la prise en charge de toxicomanes dans un centre de soins gratuit (Freudenberger, 1974). Cette notion provient du champ lexical de l'aérospatial et désigne le moment où une fusée, après avoir trop rapidement brûlé son carburant, retombe au sol (Loriol, 2012).

> « Je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendies, tout comme les immeubles : sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte » (Freudenberger cité par Loriol, 2012, p. 109).

Le concept a fait l'objet d'une attention grandissante auprès des chercheurs en psychologie et en psychiatrie et plusieurs conceptions du burn out ont été proposées durant les décennies passées (Bianchi et al., 2015 ; Zawieja, 2015). Le modèle le plus usité dans la littérature (modèle de Maslach et Leiter) propose une définition du burn out qui s'articule autour d'un syndrome constitué de trois dimensions : l'épuisement (exhaustion), la dépersonnalisation (cynism), et la diminution de performance (reduced personal accomplishment) qui apparaissent en réponse à un stress chronique (Bianchi et al., 2015)[9].

L'épuisement caractérise un travailleur émotionnellement surmené. La dépersonnalisation désigne une attitude distante et insensible vis-à-vis de son travail. Finalement, la diminution de performance est assimilée à un sentiment d'incompétence, d'inutilité et de perte de confiance en soi (Bianchi et al., 2014).

L'observation empirique de certains groupes de travailleurs en situation de fatigue, notamment les infirmières et autres professions de service, a précédé la mise en forme d'échelles de mesures, rendue nécessaire afin de donner un contour plus distinct au phénomène. Le terme de burn out était alors un concept peu précis qui regroupait des notions diverses et floues. Ce travail d'ébauche scientifique a permis aux acteurs concernés par le phénomène (psychologues, médecins) de s'entendre sur une conception commune du syndrome et de le faire exister au-delà de leur expérience.

[9] Pour une vue plus complète des modèles du burn out, se référer à l'ouvrage de Philippe Zawieja (2015, p. 56-63).

Un certain nombre d'instruments de mesure ont été créés afin de cerner la présence du phénomène chez les travailleurs, dont le plus fréquemment utilisé est le « Maslach Burn out Inventory » (MBI), mis au point par Christina Maslach, psychologue américaine née en 1946. Le MBI est un questionnaire d'auto-évaluation qui comporte aujourd'hui 25 questions dont la validité a été fréquemment questionnée (Kaschka et al., 2011 ; Bianch et al., 2012 ; Bianchi et al., 2015 ; Loriol, 2012 ; Gove, 2004).

En effet, le MBI a essuyé de nombreuses critiques quant à sa validité et sa propension à évaluer la présence d'un phénomène d'une manière acceptable scientifiquement. Comme le souligne Loriol (2012), le MBI a été construit spécifiquement pour explorer les trois dimensions qui pour Christina Maslach constituent le burn out. Le questionnaire ne mesure « que » ces trois dimensions et rien d'autre, rendant l'estimation du poids de ces trois dimensions par rapport à d'autres dimensions impossibles. La population concernée à laquelle on s'adresse entraîne alors une réponse tautologique.

> « L'hypothèse que le phénomène étudié – qu'il s'agisse du stress, du burn out ou de tout autre « baromètre » social ou sanitaire – puisse être mesuré, n'est pas démontrée, mais prise comme postulat implicite par les concepteurs de l'outil de mesure » (Loriol, 2012, p.112).

La définition des dimensions et leur prise en compte dans le test de mesure suscitent également des réserves dans le monde scientifique. Schaufeli (2003) soutient que le MBI n'est pas fondé sur des observations cliniques solides et qu'il ne se base pas sur des connaissances théoriques robustes. Selon lui, le test a plutôt été développé d'une manière inductive par l'analyse arbitraire d'un ensemble d'éléments. L'arbitraire qui entoure l'élaboration du test est, pour lui et d'autres chercheurs (Bianchi, 2015 ; Kaschka et al. 2011, Heinemann et Heinemann, 2017), le problème fondamental de cette échelle de mesure. Bianchi (2015) souligne que si d'autres éléments avaient été ajoutés à l'analyse factorielle initiale, d'autres dimensions seraient apparues et le burn out aurait été défini différemment.

En termes purement statistiques, il apparait que le MBI n'a pas de valeurs seuil (p-value) qui permettent de rejeter l'hypothèse d'indépendance entre les différentes dimensions. L'association entre les trois dimensions n'est donc pas statistiquement établie grâce à un test.

LE DSM-5 : QUID DU BURN OUT ?

Le *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-5), actuellement dans sa cinquième édition, est le manuel officiel de classification des maladies mentales dans le monde de la psychiatrie. La dernière édition est parue en 2013 aux États-Unis, alors que sa version française a été publiée en 2015.

Le DSM propose une définition du *trouble mental* comme n'étant pas la réponse prévisible et culturellement acceptable à un événement particulier, comme par exemple la mort d'un proche, mais comme la manifestation d'un dysfonctionnement comportemental, psychologique ou biologique de l'individu, quelle que soit son origine (Horwitz, 2007). Cette définition limiterait donc les troubles mentaux à des dysfonctionnements de la personne, en excluant le fait qu'ils soient potentiellement la réponse à des stress sociaux. En d'autres mots, l'ensemble des symptômes résultant de situations stressantes (excepté le deuil) ne peuvent être considérés comme des troubles mentaux, mais comme des réponses « normales » face à un contexte de crise.

Pour Horwitz (2007), le problème de cette définition est que « le DSM utilise souvent la présence de certains symptômes – en ne tenant pas compte du contexte dans lequel ils apparaissent et persistent – pour diagnostiquer des troubles » (Horwitz, 2007, p.214). Ce qui vient contredire la définition de base. Résultat : les diagnostics psychiatriques considèrent souvent comme signes de troubles mentaux des symptômes qui sont des réponses prévisibles à des situations de stress, parallèlement à des symptômes qui proviennent de dysfonctionnements individuels. En d'autres mots, alors que le DSM met en avant la dimension non contextuelle (*acontextual*) du trouble mental, les symptômes qui définissent les différents « troubles » peuvent résulter de situations sociales stressantes (tristesse intense, anxiété grave, insomnie, pensées de mort, etc). Cet amalgame entre les dysfonctions internes et les stresseurs sociaux peut être la source du flou qui entoure la notion de burn out dans le DSM.

Dès lors qu'il n'est pas présent dans le DSM-5, le burn out n'est pas considéré comme un trouble mental. Dans le ICD-10 (International Classification of Diseases ; World Health Organization, 1992), il n'apparaît que comme un facteur qui influence l'état de santé et le contact avec les services de santé (défini comme un « état d'épuisement critique » (Bianchi, 2015). Les chercheurs dans le domaine du burn out ont dès lors développé des critères qui se réfèrent au travail lorsqu'ils cherchent à diagnostiquer ou à mesurer le burn out (Bianchi, 2015). On pense notamment au MBI de Maslach qui fournit une échelle de mesure du syndrome grâce à des critères empiriques construits arbitrairement.

Le monde de la psychiatrie a donc évité d'aborder le phénomène du burn out, soit en raison de la définition contestée du syndrome (Bianchi et al., 2015), soit en raison du chevauchement possible entre les symptômes de la dépression et du burn out, tel que soulevé par de nombreux chercheurs et médecins.

En 2015, Bianchi et al. ont effectué une recherche systématique de la littérature afin de déterminer si la spécificité du burn out par rapport à la dépression était clairement démontrée. Ils ont analysé 92 études comparant le burn out et la dépression. Leur étude a mené à la conclusion que la distinction entre les deux maladies n'était que partiellement

confirmée par la recherche empirique. L'examen minutieux de la littérature existante a révélé que la preuve de la singularité du phénomène du burn out était contradictoire.

> « The paucity of research on the relationship between the *state* of burn out and the *clinical* depression and insufficient consideration of the heterogeneity of the spectrum of depressive disorders (…) constitute major limitations to current knowledge and prevent any definite conclusion regarding the burn out-depression overlap » (Bianchi et al., 2015, p. 35)

Dans un autre article, Bianchi et al. (2015b) soutiennent que l'état actuel de la science indique que le burn out est une forme de dépression plutôt qu'un type de pathologie différentié. Par conséquent, il est préférable de se distancer de la tendance actuelle qui considère le burn out comme une maladie singulière. Comme l'indique également Kaschka et al (2011), compte tenu de la validation insuffisante du burn out et des déficits dans le domaine de la recherche, ce terme ne devrait pas être utilisé, à l'heure actuelle, comme un diagnostic médical. Heinemann et Heinemann (2017) ajoutent qu'en l'absence d'une définition précise du syndrome, le monde scientifique devrait fournir de gros efforts afin de définir clairement cet état mental singulier, en identifiant des caractéristiques propres au burn out qui le distingueraient d'autres troubles mentaux.

BURN OUT : UNE MALADIE SOCIALE CONTESTEE

Lorsque l'on effectue une recherche à partir des mots anglophones « contested illnesses », nous trouvons une pléthore d'articles scientifiques qui abordent le thème de ces maladies pour lesquelles il faut se battre afin qu'elles soient entendues. Entendez par là, des situations où les personnes souffrantes doivent se mobiliser pour voir leurs symptômes physiques officiellement reconnus, malgré la résistance des chercheurs, des médecins et des institutions. Cette définition, avancée par Barker (2010) et Conrad (2010), comprend entre autres des maladies telles que la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique, le syndrome du côlon irritable, les douleurs chroniques, le stress, etc. dont la manifestation s'exprime au travers de symptômes diffus et préoccupants.

Conrad et Barker (2010) parlent de maladies qui soulignent la tension entre les connaissances des non-initiés et celles du monde médical en ce qui concerne la légitimation culturelle des symptômes et de la souffrance.

> « Physicians, the public, and sometimes even sufferers themselves question the authenticity of the symptoms and the mental ability of the sufferer. In sum, contested illness sufferers are burdened by the cultural meaning of a medically invisible condition in an era of high-tech biomedicine » (Conrad et Barker, 2010, p.70).

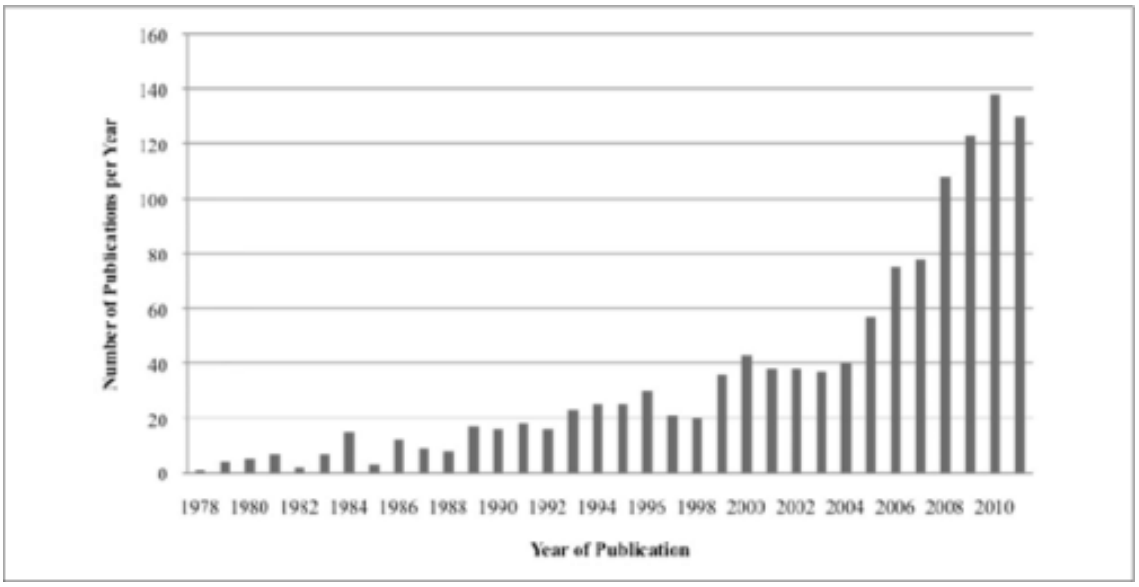
L'absence de consensus médical sur la légitimité physique de la maladie semble être au centre des préoccupations. En effet, en l'absence de « vrais » symptômes, le médecin ne peut effectuer un diagnostic que sur l'observation du patient et son récit de la maladie. De

leur côté, les personnes souffrantes luttent pour faire reconnaître leur maladie et légitimer l'existence de leurs maux. Une manière concrète de le faire est d'obtenir un certificat médical auprès de praticiens qui reconnaissent les symptômes sans explication médicale (MUS – medically unexplained symptoms) comme équivalent à des maladies « authentiques ». (Mik-Meyer, 2000).

En d'autres mots, une négociation s'opère au niveau de la signification de la maladie afin qu'elle entre dans une certaine catégorie jusque-là inexistante. C'est le constat opéré par Mik-Meyer (2000) dans son enquête auprès de praticiens danois, dont certains adoptent une approche davantage sociale que médicale afin de garantir la prise en charge par les institutions des patients souffrants de MUS. La catégorie créée permet alors aux souffrants de donner un sens à leur maladie, de se l'approprier en tant que faisant partie d'eux-mêmes, et de revendiquer certaines mesures de prises en charge du fait de sa médicalisation.

Au vu de ce qui précède, on peut aisément supposer que le burn out est une maladie contestée. Le fait que le syndrome du burn out ne soit pas inscrit dans le DSM-5 crée un fossé entre les perceptions du monde profane et le monde médical. Le burn out reste un diagnostic controversé malgré les nombreuses recherches et publications dans ce domaine, et l'intérêt porté par le public à ce phénomène amplement médiatisé. L'étude de Heinemann et Heinemann (2017) nous aide à prendre conscience de la mobilisation progressive de la société autour de ce fait depuis plusieurs décennies, dont la couverture médiatique n'a cessé d'augmenter depuis les années 1970 (voir figure 2). Les chercheurs rappellent que le burn out est un diagnostic médical reconnu uniquement aux Pays-Bas et en Suède, alors que dans la plupart des pays industrialisés le syndrome contesté fait débat et n'est pas reconnu dans le système de la santé.

Figure 2 : Nombre de publications sur le burn out par année



Source: Heinemann et Heinemann, 2017

Si le burn out n'est pas considéré comme un trouble mental et qu'il ne peut pas être défini comme une maladie singulière, qu'est-il donc ? Malgré l'absence d'une définition uniforme acceptée par l'ensemble du corps médical et des chercheurs, le terme burn out fait clairement appel à des notions communes d'épuisement ou de surmenage au sein du monde professionnel. Ce mal, qui était encore inconnu avant les années 1970, a pris racine dans le mal-être de certaines classes d'employés soumises à des pressions jugées trop extrêmes, et qui, grâce à la force de leurs mobilisations, ont pu faire entendre leurs doléances face à la dégradation ressentie de leur état de santé. Les travailleurs eux-mêmes ont décrit leur état de surmenage comme un état « burned out », avant même que le syndrome soit pris en considération par la communauté (Heinemann et Heinemann, 2017).

Nous voyons aujourd'hui que la lecture scientifique des faits ne permet toujours pas de délimiter le contour précis de ce syndrome. Cependant, même si les chercheurs et le corps médical ne parviennent pas à s'entendre autour d'un diagnostic précis, la notion de stress au travail existe bel et bien, dans les perceptions comme dans les statistiques. Le « succès » actuel du burn out en tant que maladie psychologique pourrait se comprendre par le fait qu'il est associé à un facteur externe à l'individu, le travail (Leone & all, 2011), concept qui subit des transformations depuis le phénomène de la mondialisation et l'arrivée des nouvelles technologies.

Selon le rapport du SECO de 2015, qui a fait suite à l'enquête européenne sur les conditions de travail (European Working Conditions Survey, EWCS), 24,2 % des salariés ont déclaré ressentir du stress au travail la plupart du temps ou toujours. Plus du tiers des personnes interrogées (35,2 %) ont déclaré se sentir la plupart du temps (22,2 %) ou toujours (13,0 %) épuisées à la fin de leur journée de travail. Les résultats suisses de l'EWCS 2015 ne se distinguaient pas de la moyenne européenne en la matière[10].

Le Job Stress Index publié par Promotion Santé Suisse en 2016, indique la même tendance : un actif sur quatre (25,4%) éprouve du stress, c'est-à-dire qu'il se heurte à plus de pression qu'il n'a de ressources pour y faire face sur son lieu de travail et qu'un actif sur quatre (25,4%) est épuisé[11].

Le principal objet de controverse qui entoure la définition du burn out est de savoir s'il est dépendant du contexte (Bianchi, 2014). Alors que certains chercheurs se positionnent en faveur d'un mal spécifique au travail, d'autres maintiennent que le burn out est indépendant du contexte et qu'il peut survenir dans quelque sphère que ce soit, suite à des difficultés chroniques[12]. Le MBI, principal instrument de mesure du burn out, positionne

[10] www.seco.admin.ch, consulté le 06.05. 2018. L'échantillon suisse de l'EWCS 2015 était composé de 1006 personnes actives et était représentatif de l'ensemble de la population active de Suisse.
[11] www.promotionsante.ch, consulté le 06.05.2018.
[12] Dans son article, Bianchi (2014) mentionne plusieurs études qui vont dans ce sens.

clairement ce mal dans le domaine professionnel, le distinguant de fait d'une dépression – qui surviendrait, elle, dans n'importe quel contexte. Toutefois, nous avons vu que ce questionnaire est remis en question dans le monde scientifique du fait de sa construction empirique « située », et de l'impossibilité de démontrer statistiquement l'interdépendance des trois dimensions choisies, limitées à la sphère professionnelle.

> « Any object that is invested in by (or important for) an individual – whether related or unrelated to work – can be a « target » for cynicism et feeling of inefficacy, and there is no reason to postulate that the object in question would be less identifiably burn out-related if it is unrelated to work » (Bianchi, 2014, p. 358).

Si l'on considère le stress chronique comme étant la cause principale du burn out (Bianchi, 2014), il est alors réducteur de penser que seule l'activité professionnelle provoque des réponses organiques dues au stress aigu. En effet, chaque situation de la vie courante peut potentiellement générer du stress et impacter le bien-être de l'individu jusqu'à la dégradation notable de sa santé psychique. Brühlmann (2010, p.149) rappelle que « dans notre société, le tout-économique déborde du monde du travail pour s'infiltrer dans chaque individu et l'imprégner dans son attitude personnelle et son identité. Par conséquent, le burn out n'est pas spécifique à la vie professionnelle. Même s'il n'exerce pas de profession, l' « être humain flexible » ou le « soi entrepreneurial » courent un risque plus élevé de burn out ». Si certains auteurs défendent l'idée que le burn out est uniquement associé au monde du travail, ils s'accrochent, toujours selon Brühlmann, à une « spécificité illusoire au lieu de chercher à comprendre vraiment le processus en cours dans le burn out » (2010, p.149).

Quelles sont alors les caractéristiques qui permettent de définir la notion de « stress » ? Ce phénomène a été abondamment exploré par le sociologue Leonard Pearlin, dont l'œuvre a été consacrée en grande partie à l'étude sociologique de la maladie mentale et au « Stress Process Model » qu'il a élaboré dans les années 1980 (1981 ; 1989). Le chapitre suivant est dédié à cette approche du stress en tant que processus dynamique complexe qui incorpore trois dimensions principales : les stresseurs sociaux, les médiateurs, et les résultats sur l'organisme.

LE « STRESS PROCESS MODEL »

Le sociologue américain met l'accent sur le *contexte structurel* comme élément discriminant face au phénomène du stress. Le stress est, selon lui, la conséquence d'événements extérieurs à l'individu qui s'imposent à lui en fonction de son statut et de son/ses rôles dans la société. Les niveaux interdépendants de la structure sociale (stratification sociale, institutions sociales et interactions) façonnent les expériences des individus, qui à leur tour, peuvent générer du stress (Pearlin, 1989). Le rôle du sociologue est alors d'identifier les schémas et les régularités partagés par les individus dont les caractéristiques sociales et les circonstances sont similaires.

Dès lors, le stress n'est plus considéré comme un phénomène inhérent aux dispositions psychiques individuelles, mais comme une réponse à des représentations construites collectivement dans un contexte bien précis.

> « In searching for the origins of stress, we may begin fruitfully by scrutinizing the social arrangements of society and the structuring of experience within these arrangements » (Pearlin, 1989, p.242).

Pearlin souligne l'importance de rechercher la source des stresseurs/facteurs de stress et non les réponses organiques dues au stress. Ces facteurs de stress peuvent aussi bien être des événements ciblés dans le temps que des contraintes plus durables, dont l'occurrence varie selon le statut social et économique des individus. Sous l'œil de la sociologie, les événements ne doivent plus être considérés comme des faits aléatoires, mais comme étroitement liés à l'environnement social dans lequel l'individu est inséré. Les facteurs de stress ne se résument pas au monde professionnel, mais touchent également la sphère privée tant les rôles qui s'y rapportent sont importants, générateurs de tensions, de conflits et souvent à l'origine de remaniements conséquents.

Le sociologue distingue deux types de stresseurs : les stresseurs « primaires » qui peuvent entraîner l'apparition de stresseurs « secondaires », ces derniers survenant comme une conséquence des stresseurs primaires (par exemple, des contraintes professionnelles peuvent créer des tensions dans le couple). Pearlin (1989) souligne que les stresseurs secondaires ne sont pas moins importants, et sont nommés ainsi en raison de leur occurrence plus tardive dans le processus. Ces deux types de facteurs de stress doivent être analysés de manière indépendante, comme faisant partie d'un « cluster de stresseurs » qui agit sur le parcours de vie de l'individu. En d'autres termes, les problèmes importants de la vie n'existent pas indépendamment d'autres problèmes. Les problèmes sont souvent liés entre eux dans des chaînes causales prolongées, qui peuvent parfois devenir chroniques.

Dès lors, il s'agit de ne pas porter notre attention sur un seul stresseur mais d'élargir notre champ d'analyse et d'appréhender l'éventail complet de stresseurs présents dans la vie des individus, ceci afin d'identifier la manière dont ils sont organisés et comment ils interagissent entre eux (Aneshensel, 2015).

Deux médiateurs communément admis dans la littérature, le *coping* et le soutien social, peuvent expliquer les réponses différenciées des individus face à un ou plusieurs facteurs de stress. Toutefois, Pearlin (1989) insiste sur le fait que le *coping* ne doit pas être compris comme une réponse individuelle propre à un certain profil clinique, mais comme une caractéristique qui varie selon l'ancrage social et économique des individus. La capacité d'adaptation aux stresseurs (*coping*) est par conséquent répartie de manière inégale entre les individus et c'est le rôle du sociologue d'identifier les associations entre ces ancrages et les mécanismes d'adaptation.

> « Par exemple, un individu socialisé dans la culture américaine sait que l'usage des émotions et des larmes peut être valable dans certains contextes (par exemple quand un homme politique doit avouer publiquement une infidélité conjugale) mais pas dans d'autres (par exemple lors d'un entretien d'embauche) » (Loriol, 2014, p.10).

Le soutien social, quant à lui, représente les ressources que l'individu mobilise afin de gérer les problèmes qu'il rencontre. Ces ressources sont elles-mêmes contextualisées et sont le miroir de l'engagement de l'individu dans la société et de ses interactions avec son environnement/son réseau social. Le soutien social ne doit pas être compris comme une action isolée générée par l'individu seul, mais comme faisant partie d'un ensemble d'interactions plus globales qui varient selon la classe sociale dans laquelle l'individu est intégré .

> « Just as the forms and functions of support may vary with the nature of the relationship from which support is drawn, there is some evidence that the effect of support is constrained or enhanced by the context in which the relationship exists » (Pearlin, 1989, p.251).

Si l'effet direct des médiateurs est de limiter l'étendue et la gravité des stresseurs, leur effet indirect est d'avoir une répercussion positive sur les résultats dus au stress, ou du moins de limiter l'intensité de ces résultats. Il est donc important d'observer comment le *coping* et le soutien social influencent chaque étape du processus qui précède le résultat. Pearlin défend l'idée que les manifestations du stress (les résultats) trouvent principalement leur origine dans des dysfonctionnements sociaux plutôt que dans des troubles organiques, tel qu'il est communément admis dans le monde médical et psychiatrique (Pearlin 1989). Le sociologue cherchera plutôt les indicateurs de stress dans l'incapacité à remplir un rôle social attendu, dans la rupture ou la discontinuité des relations sociales, dans la recherche de comportements déviants, tels que la consommation d'alcool ou de drogues, ou encore dans la somatisation. L'observation et l'identification des antécédents sociaux est donc cruciale dans la compréhension des manifestations du stress.

> « En fonction de son appartenance économique, sociale, ethnique ou de genre, les manifestations du stress d'un individu ne prendront pas les mêmes formes et les mêmes significations » (Loriol, 2014, p.11).

L'étude sociologique du stress permet ainsi d'appréhender les liens entre différentes formes d'organisation sociale et le stress vécu individuellement. L'expérience du stress est étroitement liée avec le contexte structurel dans lequel est inscrit l'individu ; liée également à son statut et aux ressources auxquelles il a accès et qu'il mobilise. Cette recherche sur le stress permet d'expliquer les différences en termes de manifestations du stress. Celles-ci doivent être analysées globalement tout au long du parcours de vie, et non comme des événements isolés indépendants les uns des autres.

CONCLUSION

Cette première partie a permis de comprendre comment le burn out peut être appréhendé et étudié en tant qu'événement qui se construit dans une continuité d'étapes qui vont au-delà des conditions purement professionnelles. Cette approche privilégie le contexte interactionnel dans lequel les événements prennent forme et s'inscrivent tout au long du parcours de vie. La suite de ce travail nous éclairera sur la manière dont l'environnement influence concrètement le vécu du souffrant - contexte familial, social ou professionnel - et la manière dont les événements perçus négativement pas le souffrant peuvent être associés avec l'apparition de la maladie.

Vu sous l'angle de Hacking (2001), le burn out, en tant que fait socialement construit, n'a pas besoin d'exister (contingence d'un fait social), pourtant, nous verrons qu'aux yeux des souffrants l'événement est considéré comme inévitable de par l'accumulation de facteurs déterminants qui les mènent à leur effondrement. Cet enchaînement de faits s'élabore par le biais d'interactions régulières avec un entourage qui renvoie une certaine image de la personne souffrante et de la situation dans laquelle elle se trouve. Cet échange collectif est à la base du processus de création/construction de sens autour de la maladie, lequel va orienter la trajectoire du souffrant. C'est cette trajectoire qu'il m'intéressera d'analyser afin d'identifier des similitudes, ou du moins des régularités dans le parcours des souffrants dont les circonstances sont identiques (ou jugées comme telles). La notion de « carrière » permet d'analyser le burn out en tant que fait social, et de proposer un modèle de lecture de cette « maladie » qui va au-delà des prédispositions individuelles du souffrant. Ce modèle a été élaboré d'une manière progressive, tout au long des entretiens et de l'analyse du récit des souffrants.

PROBLEMATIQUE

Dans ce travail, je m'interroge sur la possibilité de considérer le burn out en tant que processus constitué de plusieurs étapes distinctes. Celles-ci permettant de mettre en avant des similitudes et/ou des régularités dans la progression des souffrants dans leur maladie, que ce soit au stade de l'entrée dans la maladie, du vécu dans la maladie et dans la résolution de la maladie, quelle qu'elle soit.

Dit autrement, est-il judicieux de parler du burn out comme d'une « carrière » au niveau sociologique, dans le sens où les emboîtements d'événements particuliers ne proviendraient pas de dispositions naturelles, comme par exemple du tempérament ou de la personnalité de l'individu, mais de conditions externes nourries par des interactions continues, lesquelles impacteraient le parcours de vie des souffrants ?

A l'heure actuelle, le burn out n'est pas reconnu comme maladie en tant que telle, ce qui laisse supposer que ce mal s'inscrit dans un cadre sociétal flou qui fait la part belle aux interprétations et aux perceptions, plutôt qu'aux faits avérés. Qu'en est-il du ressenti des souffrants dans ce manque de clarté par rapport à leur vécu ?

METHODOLOGIE

Le dispositif mis en place afin de récolter les données d'enquête s'étend sur plusieurs étapes, lesquelles sont précisées dans ce chapitre. La présente étude est une recherche qualitative dans la mesure où la collecte de données s'est effectuée uniquement par le biais d'entretiens face à face. Dans le cadre de cette analyse, aucune base de données n'a été utilisée pour extraire des résultats statistiques, excepté le rapport du SECO 2015 et le Job Stress Index 2016 qui ont fourni quelques chiffres concernant le taux estimé de cas de burn out en Suisse.

La recherche de répondants s'est faite principalement par le biais du réseau social Facebook© sur lequel a été publié un texte d'annonce en mars 2018. Celui-ci a été partagé plus de trente fois, permettant de toucher des personnes qui ne faisaient pas directement partie de mon réseau. Le contenu de l'annonce s'articulait comme tel :

« Dans le cadre de mon mémoire de Master en sociologie qui traitera de la construction sociale du burn out, et en vue d'entretiens face à face, je suis à la recherche de personnes qui ont traversé un épisode de burn out et qui possèdent les caractéristiques suivantes:
- burn out qui a nécessité un arrêt de travail d'au moins 3-4 mois
- diagnostiqué comme tel par un médecin
- sont sorties du pic de la maladie au moins depuis 1 année (capacité de réflexivité sur le parcours vécu)
- région Lausanne - Genève
Merci de me contacter en MP ou sur mon portable.
Il va de soi qu'une recherche en sociologie garantit un anonymat complet.
Merci d'avance de votre aide et de faire passer l'information »

Suite à la parution du texte sur Facebook, neuf personnes ont manifesté leur intérêt et répondaient aux critères de sélection. Sur les neuf personnes intéressées, six ont finalement été rencontrées pour des entretiens, trois d'entre elles n'ayant pas donné suite à mes relances. Cinq autres personnes ont été contactées par le biais de mon réseau, et ces dernières ont toutes répondu favorablement à mon invitation de les rencontrer. Finalement, une connaissance a accepté de participer à l'étude lors d'une conversation spontanée dans la rue. Au total, douze personnes ont pris part à un entretien face à face, dont une a effectué deux entretiens en raison de deux épisodes de burn out traversés à des moments différents de sa vie.

Les treize entretiens ont eu lieu entre le mois de mai et le mois d'août 2018, entre Genève et Lausanne. Sept d'entre eux se sont tenus à mon domicile, les autres ont pris place soit dans un établissement public (1), dans un parc (1), ou au domicile des répondants (4). D'une durée moyenne de 75 minutes, tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord

des répondants. Les entretiens ont été semi-directifs dans la mesure où un guide de discussion a été préparé au préalable, afin de couvrir les thématiques importantes de la problématique. En substance, les principaux thèmes abordés ont été les suivants :

- Quelques données sociodémographiques : date et lieu de naissance, niveau d'étude, année du burn out, profession exercée au moment du burn out, profession exercée après le burn out (celle-ci peut être différente que celle exercée au moment de l'entretien).
- Progression dans la maladie : énumérer les étapes importantes ; manière dont les souffrants ont traversé ces étapes.
- Source de stress : identifier l'ensemble des stresseurs ; sont-ils liés entre eux ?
- Coping et soutien social : comment se manifestent-ils ?
- Identité : changement de l'identité aux yeux du souffrant et aux yeux de ses proches ; processus de transformation.
- Perception : les perceptions que le souffrant a de lui-même et celles des autres.
- Catégorisation : rôle des institutions ; ressenti des souffrants par rapport à un possible étiquetage ; quel impact sur le parcours ?
- Discrimination : ont-ils ressenti une forme de discrimination ?
- Construction/création de sens : quel sens donner à l'épisode burn out ; quels ont-été les acteurs qui ont contribué à définir un sens à ce qui a été vécu ?
- Définition du burn out : qu'est-ce que le burn out pour eux ?

Les données de recherche retranscrites constituent environ 180 pages dactylographiées.

L'ensemble des entretiens a été codé à l'aide du programme TAMSAnalyzer©, selon la liste de codes ci-dessous. Ces codes ont été établis sur la base du guide de discussion, puis à la suite des lectures des entretiens. En effet, certains thèmes sont apparus spontanément durant les discussions avec les répondants, lesquels n'avaient pas été anticipés.

- Auto-étiquetage
- Burn out vs dépression
- Carrière_trajectoire
- Catégorisation_étiquetage
- Construction_sens
- Contexte_travail
- Contexte_social
- Coping
- Définition_burn out
- Diagnostic_traitement_médical
- Identité_changement
- Institutionnalisation
- Interactions
- Maladie contestée
- Normes_normal
- Onset
- Perception_autrui
- Perception_idée
- Réinsertion
- Réseau_social_effets
- Sens_donné
- Sources_maladie
- Soutien_thérapie
- Stigmates
- Stresseurs
- Symptômes

L'utilisation des codes a été effectuée sur la base de mon plan de rédaction qui dès le début comprenait 6 chapitres. Ceux-ci reflètent les étapes du parcours du souffrant tout au long de sa maladie. L'analyse des récits débute par la phase pre-burn out, puis se poursuit par la phase du vécu dans la maladie, et se termine avec la phase post-burn out. L' « entrée dans la maladie » constitue la première étape du parcours avec la prise en considération du contexte social et professionnel au moment de l'événement. Il s'agit également d'identifier les possibles sources du burn out qui vont au-delà des conditions purement professionnelles. Ce premier chapitre offre une vision rétrospective de l'expérience des répondants jusqu'à leur effondrement physique et psychique. La deuxième étape constitue le « vécu dans la maladie », lequel est analysé sous l'angle des perceptions, tant celles du souffrant, que celles de son entourage. Lorsque le souffrant prend réellement conscience de la gravité de son état, de nouvelles formes d'interactions prennent place entre lui et les autres, lesquelles l'inscrivent progressivement dans son nouveau statut de malade. La troisième étape symbolise l'officialisation de la maladie par le biais de la « prise en charge médicale » et de l'arrêt de travail qui l'accompagne. Le diagnostic médical est envisagé ici comme une décision orientée par des critères sociaux et médicaux qui peuvent voiler la réalité subjective du souffrant. C'est précisément le quatrième chapitre qui aborde la « construction de sens » opérée par le souffrant en lien avec son expérience subjective de la maladie. Cette étape d'élaboration de sens n'est pas un processus individuel, il s'inscrit dans des échanges constants entre le souffrant et son entourage proche (parfois plus lointain). Le fait de donner un sens à l'événement contribue à la sortie progressive de la maladie, laquelle n'est pas identifiée comme une guérison mais comme une nouvelle étape dans le parcours de vie du souffrant. Cette évolution est présentée au chapitre 5 et précède le questionnement central de cette recherche, à savoir la notion de « carrière » chez les personnes souffrant du burn out et l'élaboration d'un modèle de trajectoire commun à tous les souffrants.

PROFIL DES REPONDANTS

Sept femmes et cinq hommes ont pris part aux entretiens. Au moment de l'étude, dix d'entre eux résidaient dans le canton de Vaud et deux en France voisine. Âgés entre 37 et 53 ans, neuf répondants vivaient en couple, alors que trois vivaient seuls. Chaque rencontre a donné lieu à de riches partages, nourris par une confiance mutuelle établie dès les premiers instants. Cette confiance, exprimée par tous les répondants, peut provenir du fait que j'annonçais dès le début des échanges avoir également traversé un épisode de burn out il y a quelques années, d'où mon intérêt particulier pour cette thématique. Comme nous le verrons plus loin, le fait de partager avec des semblables peut effectivement faciliter l'ouverture et créer un sentiment de sécurité.

Angèle[13] a 45 ans. Elle est née dans le canton de Vaud et a effectué un CFC d'employée de commerce. Divorcée et mère de deux enfants, elle vit seule avec ces derniers. A l'époque de son burn out, qui a eu lieu entre 2009 et 2010 (deux pics de maladie), elle travaillait comme employée de banque, puis comme employée administrative dans un centre hospitalier. Depuis son dernier arrêt de travail en 2010, elle n'a pas repris d'activité professionnelle et bénéficie d'une rente AI à 80%.

Ève est âgée de 48 ans. Elle est née dans le canton de Genève et a effectué un CFC de dessinatrice en bâtiment. Séparée du père de sa fille, elle vit seule. Son burn out s'est déclenché en 2014 et s'est prolongé jusqu'en 2016. Au moment de son arrêt, elle était employée en tant que cheffe de projet en architecture dans une petite entreprise. Après une période de chômage, elle a décidé de démarrer sa propre entreprise dans le domaine de l'architecture, encouragée entre autres par sa conseillère en orientation.

Jeanne a 37 ans. Elle est née dans le canton de Vaud et a effectué une HES (Haute Ecole Spécialisée) afin de devenir éducatrice sociale. Elle vit maritalement avec son compagnon. Lors de son burn out en 2014, elle travaillait dans un foyer spécialisé en tant qu'éducatrice. Au terme de son arrêt de travail, elle a réintégré ce même emploi pour une durée limitée, puis a démissionné. Elle a trouvé un nouvel emploi au sein d'une Administration publique, ce qui l'a contrainte à quitter la région où elle résidait.

Lucie est âgée de 53 ans. Elle est née dans le canton de Vaud et a effectué des études d'enseignement primaire à l'Ecole Normale. Elle vit maritalement avec le père de sa fille. Lors de son burn out en 2012, elle était enseignante primaire. Aujourd'hui, elle est employée en tant qu'enseignante au Département de l'instruction publique, mais elle n'enseigne plus. Sa fonction est d'assister des enfants en difficultés et de leur fournir un appui dans leurs différents processus d'apprentissage.

Marie a 41 ans. Elle est née en France et a obtenu une Maîtrise en droit privé. Séparée de son compagnon, elle vit seule. Au moment de son burn out, qui a débuté en janvier 2017, elle vivait en région parisienne et travaillait en tant que secrétaire polyvalente dans une petite structure. Aujourd'hui, elle s'est installée France voisine pour se rapprocher de sa famille. Elle est actuellement sans emploi.

Teresa a 44 ans. Elle est née dans le canton de Neuchâtel et a obtenu un diplôme d'hôtesse d'accueil et de tourisme. Mariée et mère de deux enfants, elle a récemment traversé un épisode de burn out, dont elle dit s'être relevée à la fin 2017, après trois mois d'arrêt de travail. Teresa a réintégré l'emploi qu'elle occupait avant son burn out, au sein

[13] Tous les prénoms des répondants sont des prénoms d'emprunt.

de la même entreprise. Elle y travaille en tant que coordinatrice. Son souhait est de changer d'emploi à court terme.

Virginia est âgée de 52 ans. Elle est née en France est a atteint un niveau d'études Bac+2. Mariée avec enfants, elle vit depuis de longues années dans le canton de Vaud. Au moment de son burn out, survenu en 2015, elle travaillait au sein d'une Fondation privée, en tant que coordinatrice de projet et assistante de direction. Aujourd'hui sans emploi, elle prévoit, avec son mari, de repartir en France afin de débuter une activité indépendante, dans le domaine de l'hospitalité.

Bernard a 45 ans. Il est né dans le canton de Neuchâtel et a obtenu un Master en gestion internationale. Il est marié avec enfants. Son burn out s'est déclaré en 2013, alors qu'il dirigeait une entreprise de laquelle il était également actionnaire minoritaire. Aujourd'hui, il a conservé cette fonction au sein d'une autre entreprise, avec un statut d'employé.

Bruno a 44 ans. Il est né dans le canton de Genève et a effectué un Master en HEC, complété par un diplôme CFA (Chartered Financial Analyst). Sans enfant, il vit maritalement avec sa compagne. Lors de son burn out en 2009, il était employé en tant que cadre dans le secteur bancaire, au sein d'un *family office*. Au terme de ses trois mois d'arrêt de travail et d'une période de chômage, il a négocié un tournant professionnel qui l'a conduit à effectuer un MAS en enseignement secondaire dans une HEP (Hautes Ecole Pédagogique) afin de devenir maître de gymnase.

Franz est âgé de 51 ans. Né dans le canton de Neuchâtel, il est marié et père d'un enfant. Au moment de son burn out, en 2010, il occupait la fonction de responsable service client et service informatique au sein d'une multinationale. Il travaille aujourd'hui à temps complet au sein d'un conseil exécutif d'une commune.

Gérard a 54 ans. Né dans le canton de St-Gall, il a obtenu une Maturité, puis a gradé à l'armée. Père de deux enfants, il est aujourd'hui en instance de divorce et vit avec sa nouvelle compagne. Lorsque son burn out est survenu en 2013, il travaillait en tant qu'employé de banque et occupait plusieurs fonctions au sein du même poste. Depuis son burn out, Gérard a uniquement obtenu des contrats à durée limitée. Il est actuellement en poste dans une banque, en CDD, en tant que spécialiste de fonds de placement.

Julien est âgé de 42 ans. Il est né en Belgique, où il a vécu jusqu'à l'âge de 19 ans. Il a effectué des études universitaires qu'il a interrompues à mi-parcours. Marié et père d'un enfant, il est en recherche d'emploi en tant que cadre dans les ressources humaines. Cette recherche d'emploi n'a pas de lien direct avec son dernier burn out, lequel a eu lieu 2010 ; elle prend place dans le cadre de son retour en Europe après quelques années passées à

l'étranger, pour le travail. Ses deux burn out, datant respectivement de 2003 et de 2010, ont fait l'objet de deux entretiens différents. Seul le burn out de 2003 a nécessité un arrêt de travail de trois mois. Alors expatrié en Espagne, il travaillait comme chef d'équipe pour une compagnie internationale.

ENTREE DANS LA MALADIE ET « EFFONDREMENT »

L'entrée dans la maladie marque le début d'un sentiment de mal-être vécu par les souffrants, lesquels perçoivent que quelque chose dysfonctionne dans leur vie, sans pour autant être capables de nommer ce qui leur arrive. Inscrits dans une continuité d'actions quotidiennes, les souffrants font partie intégrante d'une organisation (familiale, professionnelle) tout en percevant un décalage progressif entre ce qu'ils vivent et ce que vivent les autres. Au centre du malaise, réside un questionnement sur une situation de vie de plus en plus inconfortable, dont ils n'arrivent pourtant pas à s'extraire. L'effondrement des souffrants mettra un terme à cette première phase placée sous le signe du « faire toujours plus ».

DES CONTEXTES ENCHEVETRES ?

L'approche constructiviste ne peut faire l'impasse d'une analyse des contextes dans lesquels évoluent les souffrants au moment où ils perçoivent que quelque chose ne fonctionne plus comme avant, sans pour autant réaliser qu'ils entrent dans un épisode qui s'avérera beaucoup plus sévère qu'ils ne le pensaient.

LE CONTEXTE SOCIAL

L'option de débuter par le contexte social ne se justifie pas en fonction de l'importance qui lui est accordée, mais par le fait qu'il est communément admis que le burn out est un syndrome en lien direct avec le travail. Dans le monde académique, nous avons vu que cette affirmation est nuancée puisque que certains chercheurs se positionnent en faveur d'un mal spécifique au travail, alors que d'autres maintiennent que le burn out est indépendant du contexte et qu'il peut survenir dans quelque sphère que ce soit, suite à des difficultés chroniques[14].

Par conséquent, il me semble intéressant de prioriser l'analyse du contexte social afin de « casser » la construction du burn out en tant qu'unique épuisement professionnel. Se pourrait-il qu'il y ait des emboîtements entre le contexte social et le contexte professionnel qui favorisent l'émergence de la maladie ? Y'a-t-il au contraire une délimitation claire entre les deux contextes ? Autant de questions qui se posent lorsque l'on doit évaluer l'impact de l'un ou de l'autre sur l'apparition progressive des symptômes du burn out.

[14] Se référer au chapitre « Burn out : une maladie sociale contestée », p.26

Les conséquences d'un événement dans le contexte social, qu'il soit familial ou relationnel, semblent, au regard de plusieurs récits, influer sur la qualité de vie des souffrants au même titre que le travail. Partie de ce constat, je ne peux présumer un lien causal unique et *direct* entre le contexte professionnel et le burn out. Tous deux semblent jouer un rôle dans l'installation progressive de la maladie, dans des proportions qui varient d'individu à individu.

Dans le cadre de cette recherche, je me limite à « décrire » les événements rapportés par les répondants comme étant source de stress et de souffrance, au moment même où ils entrent dans leur burn out. Comme des histoires parallèles qui n'en sont pas. Elles font pleinement partie de leur quotidien et jalonnent leur trajectoire.

Plus de la moitié des répondants relatent spontanément des faits en lien avec leur vie conjugale et sentimentale. Un sentiment d'instabilité est perceptible parmi ceux qui vivent une séparation, un divorce ou une situation de parent seul au moment de la maladie. Des relations tendues avec les ex-concubins/époux, notamment en lien avec l'aspect financier, renforcent ou accompagnent le stress subi au travail. Gérard vit mal la demande de divorce de son épouse alors qu'il se remet difficilement de l'effondrement qu'il vient de vivre au travail, « là c'était vraiment le gros plouf, j'ai dit merde, ce n'est pas le moment ». Les difficultés rencontrées au sein du couple désormais séparé renforcent la nécessité de garder son job à tout prix. Angèle ne s'en sort pas avec la pension de son ex-mari, elle se dit alors que sa priorité est de faire bien son travail et d'exécuter tout ce qu'on lui demande afin de ne perdre son emploi. Tous deux ne veulent pas lâcher leur emploi de peur de se retrouver dans la précarité

Lucie quant à elle parle de la difficulté d'être seule en charge de sa fille durant toute la semaine, son mari travaillant à l'autre bout de la Suisse ; elle est également seule à suivre les travaux de rénovation de leur maison, projet dans lequel elle s'investit beaucoup. Concilier le tout lui demande une grande énergie, il faut « gérer tout ça ». Mère à 37 ans, elle sent la fatigue qui s'installe, « cet enfant lui demande beaucoup » ; son père gravement malade demande une attention particulière, et elle s'engage à l'accompagner au mieux durant la dernière phase de sa vie afin de ne pas perdre le temps précieux qu'ils peuvent encore partager. Le soutien qu'elle lui apporte, ainsi qu'à sa mère, durera jusqu'à sa mort.

Julien « plante sa femme » pour signifier qu'il y a une partie de sa vie qu'il peut encore contrôler. Il ne se sent pas à la hauteur, dans son nouveau rôle de père, dans son statut d'employé. L'environnement professionnel l'oppresse, « il a l'impression que tout est décidé pour lui ». Sa séparation d'avec sa femme le propulse dans une situation précaire. « Deux loyers à payer, une pension pour son gamin et une pour sa femme… donc il n'avait plus grand chose… et lorsque son fils passe la semaine chez lui, il faut qu'il mange correctement ». Julien « coule tous les mois ». Son compte en banque est vide, il lui reste 200 francs sur son compte en banque après avoir effectué tous ses paiements.

Teresa réalise que son couple traverse une phase difficile. C'est un choc pour elle, après tant d'années de mariage où elle s'est investie et s'est donnée comme mission de ne pas laisser le temps user son union. « Finalement, le temps il mange quand même des choses, il a raison de la petite flamme… ». La lassitude se fait sentir et elle se sent blessée dans son rôle de mère et d'épouse. Elle ne trouve que peu de reconnaissance dans les yeux de ceux qu'elles aiment, face à tous les efforts qu'elle a fournis. Empreinte d'un sentiment d'abandon, elle ne gère que difficilement sa situation privée, couplée à son insatisfaction professionnelle. Et là, elle se dit que « ça va mal finir ».

Pour sa part, Marie garde une relation satisfaisante avec son compagnon duquel elle s'est séparée, cependant, elle se rend compte « qu'elle ne sort plus, qu'elle ne voit plus d'amis, qu'elle est tout le temps fatiguée ». Sa fatigue l'isole progressivement de toute vie sociale.

Contrairement aux récits précédents, Bruno dit apprécier le fait d'avoir pu bénéficier d'une vie privée équilibrée. Il réalise la chance qu'il a « d'avoir le caractère qu'il a, que tout va bien en dehors du travail, pour remonter assez vite…sinon, il sait qu'on peut rester en bas un bon moment… ». Une vie sociale riche ainsi que des activités sportives régulières lui permettent de mieux rebondir lorsqu'il coupe enfin « cette chose nocive et qu'il est éloigné de *ça* », entendez son travail. Il dit précisément :

> « Je pense que si les autres choses, je ne sais pas, le divorce, la santé, d'autres choses allaient mal, ou si j'avais absolument besoin de garder ce travail, je pense que ça aurait été bien pire ».

Finalement, la situation de Jeanne illustre bien la difficulté de scinder la vie privée et la vie professionnelle. Elle qui travaille avec son conjoint dans la même institution est en permanence face à un homme qui partage sa vie et son métier et qui, à la même période qu'elle, traverse une étape plus difficile moralement. Leur difficulté d'avoir un enfant n'impacte pas le moral de Jeanne et pourtant c'est sur ce point précis que ses collègues s'appuieront pour justifier son burn out. Pour elle, c'est une intrusion déloyale dans sa vie privée. Une superposition qu'elle n'admet pas et qui vient ébranler encore davantage ses propres valeurs.

A la lecture de ces récits, nous pouvons penser que le contexte social joue effectivement un rôle dans l'émergence du burn out. Quand bien même l'effet n'est pas mesurable, ni comparable vis à vis du contexte professionnel, les situations de vie rencontrées par les souffrants indiquent un chamboulement dans la sphère privée. Reste à savoir si c'est la vie privée qui impacte le contexte professionnel ou l'inverse. Ou si l'effet est cumulé. Peut-être est-ce là qu'intervient la notion de « construction ». Nous y reviendrons.

LE CONTEXTE PROFESSIONNEL

Le contexte professionnel est sans aucun doute vecteur de tensions et de fortes remises en question parmi tous les répondants. Cet environnement les impacte directement d'une manière plus ou moins perceptible et subite. Tant les changements organisationnels, les relations chaotiques avec les supérieurs ou les collègues, que les dysfonctionnements au sein de l'organisation plongent les personnes rencontrées dans un état de confusion et de stress qu'ils tentent de maîtriser avec les moyens en leur possession.

Cette période de mal-être durant laquelle les personnes questionnent leurs capacités, leur adéquation par rapport à une situation, peut durer relativement longtemps. Toujours très investis dans le travail, loyaux par rapport à leur employeur et engagés dans un quotidien de plus en plus tendu, les répondants perdent insidieusement et progressivement leur confiance en eux. Accaparés par l'ensemble des tâches qui leur sont dévouées, ils recherchent une confirmation de leur valeur personnelle, du travail fourni et de leurs capacités.

Qu'en est-il plus précisément de ce contexte professionnel qui amène tôt ou tard à la chute ?

Modification des rapports avec la hiérarchie

Les répondants ont tous, à peu d'exceptions, rapporté une dégradation des relations avec leur supérieur et/ou la direction qui s'amplifie progressivement au fil des interactions et en raison de la proximité inhérente au lieu de travail. Ils ressentent que l'espace rétrécit autour d'eux, que la marge de manœuvre dont ils bénéficiaient auparavant se réduit considérablement les soumettant à des questionnements sur leurs propres capacités. La légitimité du supérieur est contestée conjointement à la remise en question de leur propre statut au sein de l'entreprise. Le supérieur, garant d'un encadrement propice au développement professionnel et personnel, devient l'élément redoutable qui ébranle le socle des références.

Virginia, engagée par un patron qui lui permet, dans un premier temps, d'enrichir ses connaissances professionnelles, et qui lui offre des outils pour s'engager dans un emploi qu'elle considère en adéquation avec ses aspirations, découvre en lui un côté pervers qui peu à peu la mène à la crise. Ses propos relatent un chef inattentif à ses préoccupations et malhonnête dans ses agissements au sein de la Fondation qu'il dirige. Cet homme, par son statut, use de sa position pour rabaisser et intimider Virginia, laquelle s'investit pleinement dans son travail. Elle encaisse les sous-entendus quant à son incapacité et rebondit lorsque celui-ci réussit à relancer sa motivation par un changement imprévisible de comportement.

> « Je ne trouvais pas juste qu'il y ait un salopard qui n'était agréable avec personne, tout le monde le détestait, la société, la Fondation, tu demandes à mes collègues,

> c'était vraiment l'angoisse…et avec moi il jouait vachement le chaud et le froid… « ma petite Virginia, vous êtes tellement merveilleuse, qu'est-ce que je ferais sans vous »…et puis 10 minutes après, il me laminait, rien n'était jamais assez bien… » (Virginia, assistante de direction)

Le sentiment d'être régulièrement rabaissé est partagé par plusieurs répondants, et ces derniers, malgré l'injustice qu'ils perçoivent, continuent à fournir le meilleur travail afin de rester fidèles à l'image d'eux-mêmes, construite au fil des expériences professionnelles passées. Personnes impliquées dans leur emploi, elles s'accrochent au bien-fondé de leur engagement au sein de leur société par un investissement sans faille. Conscientes de leurs compétences, elles persistent à penser que l'entreprise a tout à gagner en les employant, malgré la posture dominante et parfois humiliante de leur(s) supérieur(s), peu enclins à créer des opportunités de discussions où les souffrants puissent partager leurs états d'âme. Lucie souligne que la hiérarchie aurait dû, en tant qu'employeur, s'occuper de sa santé et aménager des conditions de travail qui la préserve, chose qu'elle n'a pas entrepris. L'absence de considération de la direction est un facteur de stress chez ceux qui ne se sentent pas compris.

> « Mais enfin, on se fout de ma gueule ! J'ai des problèmes physiques, je dis que je dois lever le pied et cette espèce de gars qui se veut directeur, il me fout là-dedans…. mais je ne suis pas en train de faire un petit caprice ! C'est la première fois en 25 ans que je dis je ne peux pas, que j'ai vraiment besoin qu'on me donne un coup de main, on me fout dedans encore plus, en me mettant TOUS les cas problématiques… » (Lucie, enseignante)

Chez la plupart, il y a un fort décalage entre la logique personnelle et la réponse du supérieur et/ou de l'organisation. C'est l'incompréhension, l'invraisemblance face à une situation qui paraît totalement hors de portée. Les répondants s'adaptent malgré eux à quelque chose d'impensable et le doute s'installe progressivement. Eve, par exemple, retrace non sans difficulté le travail de sape entrepris par son supérieur lorsque celui-ci s'approprie ses idées, les met en avant comme venant de lui, puis la fait se déplacer dans un *open space* alors qu'elle dit ne pas pouvoir bien y travailler.

C'est l'absence d'interaction constructive qui marque l'esprit des répondants. Le dialogue a laissé place à la décision unilatérale de la hiérarchie, laquelle semble vouloir recadrer les interventions - parfois appuyées - des souffrants. Il n'y a plus de place pour une discussion symétrique, laquelle permettrait à l'employé de prendre appui sur une structure stable. Il fait face à des propos incohérents et violents qui le déstabilisent dans son for intérieur. Pour tous, le travail est une valeur sur laquelle ils ont bâti leur personnalité. Le travail fait partie d'un quotidien qu'ils souhaiteraient serein, cependant, l'objet de leur possible réussite et épanouissement devient l'élément perturbateur de tout un équilibre, tant psychique que physique. Dans un premier temps, la notion de travail semble s'incarner dans le rapport à la hiérarchie, lequel définit la qualité du travail et son environnement. Jeanne explique avec ses mots ce sentiment partagé par plusieurs.

> « Je me suis dit que pour des personnes comme ça, je ne voulais pas continuer à travailler… ce n'était pas pour le travail avec les enfants, parce que j'aime ça… c'était pour les conditions de travail… les conditions du lieu qui ne me correspondaient plus… et je n'avais plus envie de faire l'effort pour essayer d'y correspondre. Un jour, on m'a dit clairement « faut t'y faire, c'est comme ça aujourd'hui », et je leur ai dit « j'entends que c'est comme ça, vous avez le droit de prendre cette direction-là, mais jamais je ne m'y plairai… » (Jeanne, éducatrice)

La valeur du travail, en tant que facteur d'accomplissement, s'estompe voire s'annule de par le lien direct qui est fait avec la hiérarchie. Ce qui était constitutif d'un bien-être et d'un équilibre disparaît au profit d'une vision beaucoup plus négative des choses en raison de personnes perçues comme malveillantes incarnant le travail. Plusieurs témoignages vont dans ce sens ; le récit de Bruno illustre particulièrement bien cette dissociation entre la catégorie des dirigeants et celle des employés, qui tôt ou tard mène à la chute des souffrants.

> « …pour être chef qu'est-ce qu'il faut comme qualités, est-ce que de toute façon il va y avoir des personnalités qui sont plus comme ça qui vont réussir à se hisser dans la hiérarchie ? (…) pourquoi des gens font ça… ? Qu'est-ce qui les pousse à faire ça… ? (…) je pense que ce sont des gens qui sont frustrés d'ailleurs, qui ont soif de pouvoir… ce ne sont pas des gens qui dirigent une épicerie durable ou qui élèvent des chèvres dans le Cantal… » (Bruno, domaine bancaire)

Lorsque Julien prend ses fonctions au sein de l'entreprise qui verra sa chute, le « bisounours d'employeur » qu'il avait auparavant fait place aux « requins » qui instaurent un esprit compétitif et agressif au sein duquel certains ne feront qu'un passage éclair. Le licenciement permet une rupture officielle des liens de travail avec l'employé, et déclenche une nouvelle étape dans la vie des personnes congédiées. En revanche, ce qui caractérise la situation des souffrants rencontrés dans le cadre de cette étude, c'est le laps de temps relativement long (voire très long) entre la prise de conscience que quelque chose va mal et la rupture avec l'employeur, lorsque rupture il y a. La situation se gangrène et l'acharnement avec lequel les souffrants continuent à travailler dans un contexte malsain va progressivement impacter leur stabilité et leur capacité de jugement.

Où sont les limites ?

Un élément réunit l'ensemble des répondants, à savoir la difficulté, voire l'incapacité à poser clairement des limites. Il semble ne plus exister de délimitation précise tant dans l'espace temporel que relationnel. Les événements s'entrechoquent dans un univers confus où il est devenu très difficile de s'affirmer et de se positionner face aux autres.

La structure organisationnelle en place et les rapports interpersonnels au sein de cette même structure envahissent les souffrants qui, sans moyen de rétorquer, accusent les coups et subissent des pressions toujours grandissantes.

Cinq répondants expérimentent une situation dans laquelle les liens avec le/la supérieur(e) ou les collègues se distancient, voire se rompent en raison d'une confusion progressive des rôles. L'amitié, qui autrefois avait été un atout dans l'intégration et la collaboration, se transforme en une relation dommageable et/ou conflictuelle de par l'empiètement qui s'installe peu à peu entre la relation privée et professionnelle. Les rapports changent insidieusement jusqu'à devenir toxiques pour les souffrants. La saine distance qui permet de se retirer de la relation n'existe plus de par l'ascendant que prend l'autre sur le souffrant, consciemment ou inconsciemment.

Jeanne et Teresa voient leur proche amie et collègue devenir leur cheffe suite à des réorganisations internes. Les deux femmes s'adaptent tant bien que mal au nouvel organigramme, cependant la relation hiérarchique instaure un nouveau rapport de force vécu particulièrement difficilement par Jeanne.

> « …ça a gentiment dévié même pendant les moments de vie privée, quand on se voyait en dehors, elle se comportait, en tout cas avec moi, un peu comme si elle me parlait comme sa cheffe, même en dehors…par exemple, on allait en apéro elle me donnait 100 balles et elle me disait « tiens, va prendre un verre pour tout le monde » … devant tout le monde… et quand je lui disais elle me disait « ah oui, mais ce n'était pas dans ce sens-là… » (Jeanne, éducatrice)

Le récit de Lucie fait également part d'un envahissement progressif de la part de son amie, avec qui elle partage un poste d'enseignante à plein temps. Cette dernière prend rapidement l'ascendant sur Lucie qui vit cela comme une intrusion dans sa vie professionnelle et privée. De fil en aiguille l'amie/collègue se révèle être une source de stress et de fatigue pour Lucie qui ne parvient pas à se faire respecter. Elle finit par « partir en vrille », en larmes et s'écriant « qu'elle n'en peut plus d'elle » …

Pour les répondants concernés, la proximité joue en la défaveur d'un équilibre professionnel. Les liens amicaux et affectifs restreignent, voire annihilent, la capacité des souffrants à prendre le recul nécessaire pour s'extraire de l'environnement professionnel. Engagés dans des relations intenses au niveau émotionnel, ils vivent cette « contiguïté » comme un devoir, puis comme une contrainte dont ils souhaitent s'affranchir. L'amalgame entre le strictement professionnel et l'amical réduit peu à peu la marge de manœuvre du souffrant. Rétrospectivement, Julien considère le fait de « ne pas avoir pu décrocher » avec ses collègues, avec qui il vivait la majeure partie de son temps de travail et de loisirs, comme un contributeur de sa chute.

Accumulation, surinvestissement

Les personnes rencontrées dans le cadre de cette étude témoignent toutes d'un investissement professionnel sans réserve. Elles aiment leur travail, du moins elles savent recon-

naître les critères qui ont contribué à ce qu'elles le pratiquent. Initialement avec plaisir, parfois même avec passion. Tous les récits attestent d'un engagement et d'une motivation en termes de tâches effectuées et d'heures travaillées ; la rigueur professionnelle fait partie pour tous d'un impératif auquel ils ne se soustraient pas, par conviction et par souci de « faire bien », pour soi-même et pour les autres.

Âgés entre 37 et 54 ans, les répondants n'en sont pas à leur première expérience professionnelle au moment des entretiens. Ils bénéficient tous d'un bagage professionnel qui leur permet, théoriquement, d'assumer l'ensemble des tâches pour lesquelles ils ont été engagés. Ceci est important à relever afin d'exclure l'hypothèse que les souffrants sont sous-qualifiés par rapport à la fonction qu'ils occupent. Bien au contraire. Managers ou exécutants, ils remplissent un cahier des charges qui témoigne d'une bonne adaptabilité, d'une capacité à exécuter différentes tâches, d'une aisance relationnelle qui les propulse parfois sur le devant de la scène, du moins qui leur permet d'avoir un rôle d'interface, pour la plupart, assumé avec flexibilité.

A la différence des personnes qu'ils côtoient sur leur lieu de travail, les souffrants développent peu à peu un stress en raison d'une surabondance de tâches qui s'accumulent progressivement. Confrontés à leur propre sens des responsabilités et à la rigueur qu'ils s'imposent, les souffrants accomplissent toujours plus au détriment de leur équilibre, soucieux que leurs prestations soient reconnues et appréciées. Dans le même souci d'être de « bons petits soldats » (Lucie), ils adaptent leur planning afin de satisfaire aux demandes, sans réussir à dire « stop ». L'énergie et le dynamisme qui les qualifiaient semblent se retourner contre eux, à l'image du témoignage de Marie.

> « Je prends souvent l'exemple de la voiture quand elle n'a plus de frein… ça ne vient pas du jour au lendemain, c'est petit à petit, donc tu t'habitues à presser sur la pédale, toujours plus sur la pédale, jusqu'au jour où tu te dis merde j'ai plus de frein… mais tu ne vois pas le truc venir… » (Marie, sans emploi)

Certains semblent investis d'une mission qu'ils s'imposent eux-mêmes afin de faire tourner la machine. L'image peut sembler excessive, mais pour certains c'est du fuel qui coule dans leurs veines. Ils sont prêts à défier les difficultés sans garde-fous, sans se préserver eux-mêmes d'un possible retour de flamme. Pour Julien, cadre dans une entreprise internationale, c'est « comme un gamin qui a les yeux plus gros que le ventre », il accepte les défis qu'on lui propose et jubile lorsqu'il performe… « moi j'adorais ça… donc, on m'envoyait toute la merde… quand y'avait une merde et bien, « tiens, on donne à Julien parce qu'il aime la merde » … y'avait un côté excitant ».

La volonté de « bien faire les choses » est caractéristique de tous les répondants, sans exception. Chez eux, cette volonté ne se traduit pas uniquement par des mots mais par des actions concrètes, répétitives, menées quotidiennement avec assiduité. Jusqu'au jour

où la cadence de travail et leur implication l'emportent sur ce qui est supportable, tant psychiquement que physiquement.

> « j'avais tellement à faire que je me suis dit que je n'arriverais pas… que c'était reparti… et je me suis effondrée… au bureau… je me suis assise à mon bureau et je suis partie en cacahuète… » (Angèle, sans emploi)

L'EFFONDREMENT

L'effondrement, la chute, c'est le moment précis où il y a rupture avec ce qui « est ». C'est l'instant qui signifie l'arrêt net et brutal d'une situation. Ce moment ne prévient pas et tous l'ont vécu avec plus ou moins d'intensité. L'effondrement spécifie l'avant et l'après, c'est un jalon qui permet de situer dans le temps la limite que l'on ne *peut* plus dépasser. Les ressources intellectuelles et mentales ont jusqu'ici soutenu les souffrants, lesquels se sont obstinés à poursuivre leurs tâches sans prendre garde aux signaux qu'ils reçoivent. La tête guide leur raisonnement, lequel reste figé et conditionné par les injonctions et les pressions externes.

L'écroulement se vit tant sur le lieu professionnel qu'à la maison. Il surprend par sa brutalité, par son imprévisibilité. La tête ne réagit plus et laisse place au corps qui témoigne de son épuisement par des signaux parfois très alarmants. Ce corps que l'on n'a pas écouté se rebelle et provoque peurs et angoisses chez les souffrants. Que m'arrive-t-il ? Une forme de résistance et de déni peut parfois prendre place chez ceux qui jusqu'au bout ont cravaché afin de donner le meilleur d'eux-mêmes au travail. L'entourage prend alors toute son importance dans le soutien et l'accompagnement du souffrant. Parfois avec insistance au vu de l'inclairvoyance de certains.

Les repères, qui jusqu'alors avaient permis aux souffrants de persévérer, disparaissent. Les fondements, sur lesquels reposaient une multitude de certitudes, éclatent en mille pièces. Tous les témoignages recueillis illustrent la gravité de cet instant, la force avec laquelle les souffrants sont mis à mal. Quelques récits significatifs en témoignent :

> « …je pars à la salle de bains et en chemin je commence à voir des étoiles, la tête qui bourdonne. J'arrive péniblement à m'effondrer sur les toilettes, à faire pipi, et à réaliser que je n'arrivais même pas à m'essuyer. Mon mari est venu et il m'a relevée, on a fait des petits pas, des tout petits pas et j'ai fait 70 cm et je me suis évanouie par terre, sur le sol de la salle de bains… » (Virginia)

> « …toute la journée je n'étais pas bien, j'avais des palpitations, ça tapait vite, ça tapait fort, plus que d'habitude et en crescendo…et à 18 :00, palpitations de malade… ça te résonne dans le crâne, t'as l'impression que t'as un énorme cœur… la mâchoire qui serre et des fourmis dans tout le bras gauche… et là j'ai eu très peur, j'ai fait le 15, ils sont venus tout de suite (…) J'ai cru que j'allais mourir vraiment… » (Marie)

Parfois il suffit d'une parole de trop et la goutte fait déborder le vase.

> « … donc de voir cet email au fait… j'étais au téléphone avec un collègue avec qui je m'entends très bien…j'étais encore debout devant mon ordinateur, je lui ai lu le mail et je lui ai dit : « écoute P., je vais partir, je vais m'arrêter là » (…) J'ai tout laissé en plan (…) d'un coup comme ça je ne pouvais plus rien faire, plus prendre une seule décision, plus rien, c'était fini, j'étais paralysée psychologiquement… je ne l'ai pas vu venir, vraiment… » (Eve)

> « …mon boss m'a dit, parce qu'il me reprochait d'être en retard sur un projet, (…) « mais j'en ai rien à foutre, ce qui compte c'est qu'il ne soit pas bien fait, c'est qu'il soit fait dans les temps »… et dès ce moment-là, je n'ai plus cru en rien… donc je me suis effondré… » (Franz)

A la veille de son départ en vacances, Angèle a turbiné toute la journée au bureau, elle planifie même de prendre du travail avec elle afin de garantir des échéances serrées. Et alors qu'elle prépare sa valise…

> «… je craque sur le fait que je ne sais pas où mettre mon ordinateur… je ne savais pas s'il fallait le mettre dans ma valise, au risque de le perdre, ou si je le prenais en bagage à main et que j'allais perdre des informations au scannage… je pense que pendant une heure je me suis posée cette question jusqu'au moment où je suis tombée… physiquement… et j'ai pleuré, pleuré, pleuré, j'ai craqué à ne plus me ravoir, à trembler, à me rouler par terre tellement j'avais mal… et j'ai réussi à appeler une copine qui m'a dit qu'elle arrivait… » (Angèle)

Gérard prend lui-même l'initiative de se rendre dans une clinique psychiatrique après avoir erré toute une journée en voiture, tiraillé par des pensées négatives qui auraient pu le mener à l'irréparable.

> « …j'ai dit « écoutez, j'ai vraiment besoin d'aide, il m'arrive quelque chose d'incroyable, je n'arrive plus à me gérer moi-même, je tremble, j'ai des transpirations, j'ai des palpitations et je risque de faire un dégât… » (Gérard)

Cette étape de l'effondrement se caractérise par la perte de maîtrise des éléments externes et de soi-même. Elle marque la rupture avec la vie quotidienne telle que les souffrants l'avait construite tout au long des années qui précèdent l'événement. Ce que l'on pensait « normal » et routinier apparaît comme un abîme où plus aucune ressource n'est accessible.

Cette phase marque également la nécessité d'obtenir de l'aide. Qu'elle vienne d'un proche ou d'un professionnel de la santé, cette aide est requise par l'ensemble des personnes jusqu'alors plus ou moins isolés dans leur souffrance.

Cette entrée dans la maladie pose la question plus profonde de savoir « comment les souffrants en sont arrivés là ?». Quels éléments, au-delà des événements de la vie courante, ont contribué à créer cette situation de rupture avec ce quotidien qui semblait commun au souffrant et à son entourage. Quelques pistes de réflexion sont apparues suite

aux récits des souffrants, lesquels ont également livré leurs expériences de vie dans un contexte plus élargi que celui de la « chute ». Le but du prochain sous-chapitre n'est pas d'établir des liens de causalité entre des faits et la maladie ; mais les perceptions des souffrants sont des indicateurs d'un possible engrenage de faits annonciateurs d'une scission.

SOUCHES

La problématique du burn out renvoie à la question du contexte dans lequel il se construit. Maladie du XXIème siècle au sein des sociétés à haut niveau de revenus[15], le burn out est avant tout une rupture. Si l'on se réfère aux récits des souffrants, c'est une rupture dans une continuité de faits qui jalonnent le parcours de vie.

Plusieurs récits abordent le thème du contexte familial dans lequel les souffrants se sont vus imposer un cadre de référence parfois contraignant. L'environnement dans lequel ils se sont construits socialement a forgé leurs perceptions sur « une manière d'être » conforme aux règles de convenance et de bienséance. Des parents empreints d'une éducation axée sur la rigueur et basée sur des valeurs d'exigence et de réussite transmettent à la génération suivante l'impératif de « bien faire ». Le manque de reconnaissance est caractéristique de certains récits et pousse les futurs souffrants à redoubler d'effort pour être reconnus.

Virginia parle de « l'éducation très dure de ses parents, où elle a toujours eu besoin de prouver, où elle n'a jamais été félicitée ». Ses succès ne sont pas reconnus car « c'est normal de réussir ».

> « Je pense qu'il y a des gens plus ou moins construits de par leur éducation, comme leurs parents les ont aimés, ou pas, les ont encouragés, ou pas, ben ils sont plus droits, plus solides que d'autres qui se cherchent… » (Virginia).

Le récit de plusieurs répondants mentionne les injonctions parentales d'être fort, de ne pas montrer ses faiblesses et de réussir financièrement dans la vie. Ces mots imprègnent peu à peu les souffrants, qui, rétrospectivement, réalisent l'ampleur de ces messages sur leur manière de vivre les choses. Certains se construisent avec la pression de correspondre au modèle transmis par les parents. Cette pression, ils se l'infligent à eux-mêmes comme un fait incontournable.

> « Toi tu t'imposes toutes ces règles, toutes ces restrictions et tout ce « on doit faire, I must do » … (…) mais toi t'as pas le bagage… tu te l'imposes parce que c'est ça qu'on t'a dit » (Julien)

« Faire ». Un mot qui sort très régulièrement de la bouche des souffrants. « Faire plus », « faire bien », « plus on va en avant plus c'est normal de faire ». « Faire » devient la norme

[15] Si l'on en croit les nombreuses publications profanes qui regorgent de recommandations en lien avec le développement personnel des lecteurs.

qui rythme le quotidien de chacun, à laquelle il ne faut pas faillir. Cette norme, si elle n'est pas induite par le biais d'une socialisation rigide, provient pour certains de la société elle-même. Cette société prône des valeurs de rendement et de réussite au détriment de ceux qui aspirent à davantage de pauses, d'arrêts sur image nécessaires à une redéfinition de leurs propres valeurs et de leurs besoins individuels. Ces valeurs sociétales, poussées à l'extrême dans les pays occidentaux, font réagir certains répondants qui se voient assujettis à un système qu'ils ne cautionnent pas.

La volonté de bien faire s'ancre dans des perceptions communes à la majorité des souffrants, telles que *l'action bien faite génère la reconnaissance et la réussite*, *la fidélité et la loyauté valent mieux que le je m'en foutisme, le paraître-bien est garant d'une bonne intégration,* etc. Ce que l'on pourrait appeler des ordres moraux conditionnent les souffrants dans leur manière d'appréhender les situations de la vie quotidienne et s'imposent à eux comme un donné intangible.

Franz, après avoir compris l'impact des souffrances de son enfance sur la construction progressive de son burn out, nous offre une vision de la société actuelle qui ne laisse que peu de place à la liberté de penser et à l'émergence de connaissances subjectives partagées par un ensemble de personnes exemptes de tout contrôle sociétal.

> « Je pense que si l'hyper-efficience et l'hyperactivité conduisent au burn out, c'est parce qu'on a inversé les rôles… avant, c'étaient les humains qui géraient la société, maintenant, c'est la société qui gèrent les humains…(…) J'ai regardé à nouveau « 1984 », il faut regarder « Metropolis » aussi, et il faut regarder « les Temps Modernes »… je pense qu'on s'est fait totalement dépassés par ce qu'on a créé, et maintenant on est en train de se faire bouffer par notre création (…) » (Franz).

La société actuelle aurait échappé au contrôle de l'humain. C'est une idée qui traverse l'esprit d'autres répondants, en raison de l'emprise de la technologie qu'ils sentent peser sur eux. L'hyper-disponibilité, l'hyperréactivité, l'impossibilité de « couper » avec l'extérieur, autant de facteurs qui prédisposent certains souffrants à une accumulation de stress et d'angoisses. L'impératif de « faire bien » est encore démultiplié du fait de la quantité d'informations et de la rapidité avec laquelle il « faut » les traiter.

> « Je pense qu'Internet ça ne fait pas du bien… d'être tout le temps relié, de devoir lire mes emails, ce genre de choses-là… On trouve normal qu'on doive faire tout ça… (…) notre société exige des travailleurs qu'ils fassent ça et ça, et plus on va en avant plus c'est normal de faire ça, et ça, et ça, de lire ses emails le dimanche, de répondre le samedi soir à minuit… » (Lucie).

La technologie, au service d'un travail irréprochable, impose aux souffrants une cadence et une implication sans répit et les entraîne dans une succession d'accomplissements qui échappent peu à peu à leur contrôle.

ET SI L'ON COMPARE LES TRAJECTOIRES ?

Le travail sociologique consiste notamment à découvrir, par le biais de récits, les événements et les schémas partagés par l'ensemble des personnes dont les caractéristiques et les circonstances sont similaires. Cette analyse réfute l'idée que l'humain, de par sa nature propre et sa personnalité, trace un chemin qui résulte de choix purement individuels et indépendants d'un contexte. L'être humain fait partie d'un espace interactionnel, propre à un environnement et à une structure sociale, qui façonne son parcours de vie. Ce ne sont pas tant les personnalités qui intéressent le sociologue, mais les régularités présentes dans les parcours de l'ensemble des personnes.

A la lecture de ce premier chapitre sur l'entrée dans la maladie, l'identification de régularités nous permet de penser que les processus qui caractérisent cette étape sont communs à tous les souffrants, quel que soit leur tempérament.

La rupture abrupte – qui suit un processus progressif – d'avec le milieu professionnel est caractéristique de tous les récits, tant chez les cadres que chez les employés. La notion de travail s'articule autour d'une variable commune, celle de la relation avec le supérieur/la direction, les collègues proches et/ou les partenaires, laquelle impacte le bien-être des souffrants. Isolés progressivement au sein de leur entreprise, les souffrants sont mis à mal par l'absence de soutien de la hiérarchie, par le manque de reconnaissance manifesté à leur égard, et par l'abondance de tâches qu'ils s'évertuent à effectuer au plus près de leur conscience. L'incompréhension face à des décisions managériales, des changements comportementaux ou des restructurations internes propulsent les souffrants dans une zone de doute et de perte de confiance progressive. Poussés par des valeurs de bienfaire, de loyauté et de persévérance – qui se transforme peu à peu en acharnement -, les souffrants portent en eux la croyance qu'ils doivent performer pour satisfaire aux exigences de leur environnement professionnel et ils revendiquent la possession de compétences utiles à sa bonne marche. Peu à l'écoute de signes annonciateurs d'une « cassure », ils s'obstinent dans un fonctionnement routinier qui les fragilise toujours davantage tout en les rassurant sur eux-mêmes (je fais ce qu'on me dit de faire).

Le plaisir éprouvé dans l'exécution du travail semble également être une constante et certains y trouvent même une source d'excitation qui les pousse, consciemment ou inconsciemment, à accumuler les défis qu'on leur présente. Soumis pour certains à l'envie de répondre aux injonctions qu'ils ont intériorisées – "sois fort", "ne te vante pas", "gagne suffisamment d'argent", "sois un bon petit soldat", "faut pas aller au chômage", etc. – les souffrants ne perçoivent que difficilement l'impact du système (dont ils font partie) sur eux-mêmes, jusqu'au jour où ils s'effondrent.

CONCLUSION

Les conditions de vie parfois contraignantes auxquelles le souffrant a été exposé durant ses plus jeunes années semblent avoir une influence sur sa maladie. L'intériorisation de normes et de valeurs a une fonction de balise tout au long de son parcours de vie et lui procure un cadre qui semble à jamais acquis. Les normes inhérentes à la société actuelle posent encore aujourd'hui des exigences aux souffrants auxquelles ils répondent avec un sens de l'engagement et une conformité qui ne sont pas questionnés jusqu'au jour où ils « chutent ». Répondre conformément aux attentes afin de ne pas décevoir l'autre et ne pas se décevoir soi-même exige une disponibilité et une flexibilité qui, à terme, ne peuvent plus être fournies. Les contraintes liées à nos sociétés « développées » soumettent les souffrants à une cadence qu'ils n'arrivent plus à satisfaire et ils perdent abruptement, accidentellement, le contrôle sur ce qu'ils avaient construit jusqu'alors. La société aurait pris le contrôle sur l'individu, c'est du moins ce que Bruno pressent. Alors ces questions émergent : est-ce la société qui construit l'individu ou l'individu qui construit la société ? Et si les faits sociaux sont des construits, reflètent-ils une réalité en adéquation avec l'humain ? En d'autres mots, est-ce que l'humain a les capacités intellectuelles et physiques de gérer et de monitorer les faits qu'il construit ?

VECU DANS LA MALADIE

Le vécu dans la maladie diffère de l'entrée dans la maladie dans le sens où les souffrants ont subi une rupture avec leur quotidien, suite à leur effondrement. Face à eux-mêmes dans cette nouvelle étape de la maladie, ils tentent d'appréhender leur nouveau statut et de comprendre ce qui leur est arrivé ; ils évaluent leur part de responsabilité dans la suite d'événements qui a mené à leur « chute » et font état de leurs perceptions par rapport à eux-mêmes et vis-à-vis de leur entourage.

LES SYMPTOMES

En l'absence d'une classification officielle de la maladie, le burn out peut être considéré comme un état de mal-être physique et psychique, lequel peut s'exprimer différemment selon les souffrants. L'interprétation des ressentis varie également et c'est souvent après coup que les souffrants réalisent que les douleurs physiques ou mentales qu'ils enduraient étaient les signes annonciateurs d'un mal plus conséquent. Nous verrons par la suite que l'épreuve du burn out aura pour effet de faire réagir les souffrants plus rapidement aux alertes émises par le corps et le psychisme.

Sous l'angle du constructivisme, nous pouvons considérer la symptomatologie du burn out comme une construction sociale, basées sur les expériences des souffrants. Non perceptibles, difficilement mesurables sur une échelle (si ce n'est par le biais de l'appréciation subjective du mal), les symptômes résultent de perceptions communes agrégées qui progressivement permettent d'« inventer » une nouvelle maladie[16]. En effet, malgré l'absence de reconnaissance officielle du syndrome du burn out, les principaux symptômes qui caractérisent cette maladie sont effectivement communs à tous les répondants.

La fatigue est sans surprise le symptôme que l'on retrouve dans tous les récits. Ce n'est toutefois pas une fatigue comparable à celle que l'on ressent ponctuellement après une longue journée de travail ou après une activité physique. Cette fatigue-là est chronique et ne trouve pas de résolution même après un temps de repos prolongé. Au retour de ses vacances, Bernard se sent aussi fatigué qu'avant, et lorsqu'il consulte son médecin ce dernier lui répond : « le jour où le repos ne repose plus, il y a un problème ». Cette sensation de continuellement porter en soi cette fatigue peut être ressentie avant la « chute », lorsque les souffrants sont encore en activité professionnelle, ou se révéler subitement au

[16] Plus de 130 manifestations du burn out ont pu être identifiées (voir tableau 1 dans Zawieja, 2015, p.12)

moment de la « rupture ». Lucie se rappelle les premiers instants où elle se retrouve chez elle après que son médecin lui ait signifié, avec insistance, son arrêt de travail :

> « (…) je suis rentrée, j'ai fait à manger, et puis après je me suis dit : « tiens, qu'est-ce qui me ferait plaisir ? » … Et d'un coup je me suis dit que j'étais fatiguée… je me suis mise sur mon canapé et je me suis endormie, et j'ai dormi pendant deux mois… j'ai dormi, dormi, dormi…. au point où quand ma fille rentrait à midi, elle me secouait…(…) bien entendu elle n'avait rien mangé, elle crevait de faim… et je lui ai dit qu'il fallait absolument qu'elle me réveille plus fort, et elle m'a dit : « oui, mais tu dors tellement fort… je peux pas te réveiller… » (Lucie).

L'état de confusion dans lequel se trouvent les souffrants se manifeste principalement par une perte totale des repères. L'impossibilité de formuler une pensée, d'exprimer un propos ou de suivre une discussion sont des symptômes rapportés par la majorité des souffrants. Cette déconnexion d'avec un « réel » partagé exclut toute interaction entre le souffrant et le monde extérieur. Dans cette phase aiguë de la maladie, la personne n'est plus capable d'interpréter la situation qu'elle est en train de vivre et elle ne trouve réponse que dans le sens donné par un intervenant externe, qu'il soit médecin, proche, ou thérapeute. Virginia parle de « connexions grillées ». Il n'y a plus réellement de conscience de ce qui est « réel » et de ce qui ne l'est pas. L'acte intentionnel, constitutif d'un mouvement vers ce qui est perçu à l'extérieur du sujet, est mis sur pause. Le récit de Franz illustre cet état de confusion entre ce qui « existe communément, ce qui va de soi » et ce qui n'est plus cohérent parce que plus partagé avec l'extérieur.

> « (…) j'étais complètement amorphe, je me laissais aller, et ma compagne pensait que j'étais devenu fou parce que je n'existais plus… et en fait, il y avait cette notion d'imaginer… je répondais complètement à côté de la plaque quand elle me posait des questions, je lui racontais des rêves complètement psychédéliques, alors que je n'ai même pas le souvenir d'en avoir fait… bref, elle m'a dit que ça avait été les pires deux jours de sa vie avec moi parce que je n'étais plus moi… j'étais un autre quelqu'un… » (Franz)

Plusieurs répondants sont saisis par la force avec laquelle le corps « physique » réagit suite à la débâcle de l'esprit. Le corps prend tantôt la forme d'un allié qui sonne l'alerte lorsque le souffrant n'est plus en mesure de pondérer ses actions, ou alors celle d'un arbitre qui viendrait rééquilibrer ses excès et son obstination. Lorsque l'extérieur perd sa fonction de miroir dû à l'absence d'interactions, le corps prend la relève, parfois d'une manière brutale.

> « (…) la tête ne te dit pas de lâcher, et donc dans ces cas-là c'est ton corps qui t'arrête…et apparemment assez proportionnellement à ce que tu as refoulé le truc… plus t'as lutté longtemps contre le burn out, plus en fait quand il va t'arrêter il est bien violent… » (Virginia)

> « (…) c'est mon corps qui ressort beaucoup, de toutes les manières possibles, je ne l'ai tellement pas écouté qu'il m'en a fait voir mais… pfff… c'est monstrueux vraiment… » (Marie)

> « Ce fameux dimanche c'est mon corps qui a décidé pour moi… ce n'est pas moi qui ai décidé… oui c'est moi mais c'est mon corps qui a réagi et qui m'a dit : « jusqu'où tu vas aller… », c'était physique et je trouvais ça impressionnant… » (Eve)

Les crises d'angoisse sont récurrentes chez tous les souffrants, lesquelles se manifestent plus ou moins intensément et aboutissent parfois à des pertes de connaissance imprévisibles. Crampes musculaires, palpitations, fièvre, vertiges, algies diverses, autant de manifestations ressenties par le sujet et qui font partie de « sa » réalité. Dans leur ouvrage, Berger et Luckmann (2018 [1966], p.280) soulignent que « l'organisme continue d'affecter chaque phase de l'activité constructrice de réalité de l'homme et que l'organisme à son tour est affecté par cette activité ». Cela paraît d'autant plus vrai dans le cas du burn out et des maladies psychiques en général du fait que cette réalité n'est pas partagée par le monde, mais perçue subjectivement par le souffrant.

PERCEPTIONS DE SOI DANS LA MALADIE

Les troubles qui ne sont visibles ni par soi-même, ni par les autres font appel, comme nous l'avons vu, à la réalité des perceptions et des sensations. Il ne s'agit pas de s'appuyer sur un fait tangible pour définir une situation- une jambe cassée est visiblement cassée, laquelle provoque des symptômes ordonnés d'où découle un diagnostic précis – mais sur un état de mal-être qui semble, a priori, unique à chacun.

Lorsque les perceptions révèlent des régularités, il est du travail du/de la sociologue de les identifier et de les confronter les unes aux autres. Dans le cas présent, la petite taille de l'échantillon ne permet pas d'effectuer une moyenne généralisable à l'ensemble des souffrants du burn out. Il s'agit de treize récits qui, pris un à un, attestent de similitudes, indépendamment du statut social, de l'âge ou du sexe des répondants.

Lorsque certains répondants décrivent leurs impressions après avoir réalisé être « tombés » si bas, ce n'est pas sans éprouver un sentiment de culpabilité et de honte. Culpabilité de ne pas avoir été capable d'assumer son travail, de l'avoir quitté abruptement. Culpabilité de ne pas avoir été à la hauteur de ses responsabilités. Culpabilité de ne plus être en capacité de s'occuper de ses enfants. Sentiment de honte vis à vis de sa famille.

Ces sentiments résultent pour certains d'une lacune dans leur propre gestion d'eux-mêmes. Ce n'est pas tant le contexte qu'ils remettent en question, mais leurs capacités propres en situation d'urgence. Ce manque de discernement et de réactivité semble être une pression supplémentaire que certains s'infligent « après coup », quand bien même ceux-ci ont pu identifier, comme nous l'avons vu, les dysfonctionnements d'un système

dans lequel ils se sentaient profondément malmenés. Leur raisonnement passe par la remise en question d'un comportement inadapté qui a induit la chute. Le récit de Julien est particulièrement parlant.

> « Il y a un aspect de culpabilité par rapport à moi, à savoir qu'est-ce que je me suis fait, comment ça se fait que je ne me suis pas écouté… j'ai rien vu venir…(…) j'aimais bien mon boulot…(…) ben oui il y a de la pression, de la pression on en a tout le temps… j'ai pas eu le sentiment que c'était néfaste, encore aujourd'hui je ne pense pas que c'était un environnement néfaste… c'est juste moi qui étais dans une phase plus fragile et je ne me suis pas écouté… » (Julien)

La responsabilité individuelle est également engagée lorsqu'il s'agit de gérer les pressions externes. Pour certains, celles-ci ne proviendraient pas de l'extérieur mais découleraient de l'incapacité du souffrant à distinguer ce qu'il *perçoit* des attentes des autres et ce qui est réellement attendu de lui :

> « Je pense que la pression ça va être forcément la pression qu'on va se mettre… c'est à dire qu'il y a un environnement dans lequel vous évoluez, et on attend quelque chose vous…. et ce qu'on attend de vous c'est la perception des attentes qu'ont les autres… c'est rare qu'on vous dise exactement ce qu'on attend de vous… vous interprétez, et en fonction de ça vous avez envie d'être à la hauteur… je pense que la pression elle vient de là » (Bernard)

L'idée selon laquelle la pression résulterait d'un dysfonctionnement interne ressort régulièrement dans les récits. Ce qui est très souvent mis en avant est le fait de ne pas s'être suffisamment écouté, ou de ne pas avoir su se positionner face à l'autorité que représentait la hiérarchie. La notion de faute que l'on impute à soi-même fait ressortir l'idée d'un jugement moral, venant de soi ou de l'extérieur. Certains souffrants ont l'impression de s'être mis eux-mêmes dans une situation qui a provoqué leur effondrement, comme s'il eut été possible de s'extraire de l'organisation et/ou du contexte au moment où ils se sentaient le plus désorientés. Des qualificatifs tels que « idiote », « débile », « conne », « bonne à rien », « faible », illustrent le processus d'« auto-étiquetage » que certains souffrants opèrent lorsqu'ils parlent de leur vécu en tant que malade.

Plus modéré dans le jugement qu'ils ont d'eux-mêmes, Jeanne, Virginia et Franz font porter la responsabilité de leur chute à leurs employeurs, lesquels ont agi, selon eux, de sorte à ce qu'ils perdent progressivement pied. Leur manque de soutien délibéré et leur comportement incorrect les ont atteints dans leur intégrité. Un sentiment d'injustice prédomine alors, lequel prend racine dans le non-respect et l'atteinte à leurs propres valeurs « fondatrices » (Franz). Derrière la reconnaissance d'un tort moral reste toutefois cette impression de ne pas avoir pris suffisamment soin d'elles, de ne pas s'être écoutées comme il aurait *fallu*.

> « Ils n'ont pas fait leur part c'est certain, mais je reconnais que je n'ai pas fait la mienne, je n'ai pas pris soin de moi, parce que c'est quelque chose que je fais très peu volontiers » (Virginia).

Un mot ressort de l'ensemble des récits : exigence. Exigence par rapport à soi-même et exigences occasionnées par le contexte. Ces deux types d'exigence semblent s'entrechoquer au moment où il faut évaluer quelle est celle qui a pris l'ascendant sur l'autre au moment de la maladie.

PERCEPTIONS DES AUTRES

A la lecture des récits des souffrants, je m'aperçois qu'il est plus judicieux d'aborder le thème – *perceptions des autres* - en tant que perceptions du souffrant par rapport à ce que les autres pourraient percevoir (hypothèse). En effet, une perception peut être définie comme une impression subjective par rapport à une situation, laquelle est générée par nos sens. La perception d'autrui n'est donc pas mesurable en tant que telle, mais interprétée à la lumière de ce que le sujet vit lui-même. C'est un biais qu'il est important de souligner, au regard de l'expérience extra- « ordinaire » que les souffrants viennent à revivre au moment de l'entretien.

Les actes concrets mis en place par l'entourage, ainsi que leurs attitudes, sont des éléments tangibles qu'il est plus facile de quantifier. Nous le verrons plus loin lorsque nous aborderons le thème des influences externes.

Le burn out ne se « voit » pas. C'est un élément qui ressort chez plusieurs répondants. Il ne se voit pas parce que les souffrants prennent des mesures pour qu'il passe inaperçu. Alors même qu'ils traversent une période douloureuse, certains souffrants parviennent à se présenter de façon à ce que leur entourage ne perçoive rien. Ou alors, ils se dissimulent sous des couches de vêtements qui les rendent incognito, voire ils ne sortent plus de chez eux par crainte de l'extérieur.

Lorsqu'ils s'imposent une rigueur vestimentaire et comportementale qui leur permet de donner le change, les souffrants en question font face à l'incrédulité des autres par rapport à leur maladie, c'est ce qu'ils ressentent plus ou moins fortement. Soumis à des commentaires narquois, voire méchants, ils ont tendance à s'isoler encore davantage dans leur statut de malade. L'image qui leur est reflétée est celle d'un profiteur ou d'une « feignasse » (Marie) qui abuse de son état pour profiter du système, aux dépens des autres. Pour plusieurs, la non-connaissance de la maladie et son incompréhension sont à la source de certains comportements déplacés.

> « Les ignorants jugent, c'est quand on connaît pas qu'on a des pensées inconvenantes… et là c'était un peu ça, j'ai eu deux fois à le dire à des gens qui me regardaient genre « ouais c'est ça, tu veux t'offrir des vacances aux frais de ton assurance… » donc je partais quand j'entendais un début de réflexion de ce genre ou je faisais taire la personne (…) des gens qui ne comprennent pas le burn out, qui ne sa-

vent pas ce que c'est…c'est [les souffrants sont] un peu comme des toxicomanes…» (Eve)

Lorsque l'entourage a connaissance de l'existence du burn out (de par la profession exercée, de par le fait de l'avoir vécu soi-même, ou simplement par ouï-dire), il est perçu comme plus en phase avec la réalité du souffrant. Le fait de ne pas se sentir jugé encourage le souffrant à accorder sa confiance, cela lui assure une forme de reconnaissance de sa maladie et lui permet de la vivre avec plus de sérénité et d'« espace » (Julien).

> « Moi j'ai eu de la chance (…) j'ai une famille qui comprend bien, qui est dans le corps médical, dans la santé, ma mère est infirmière, je suis entourée, j'ai des amis qui ne viennent que du social ou en tout cas qui ont une ouverture d'esprit, donc je n'ai eu à aucun moment le sentiment d'être folle ou de faire ma pénible ou ma fatiguée… » (Jeanne)

Angèle perçoit son entourage tout autrement. Quand bien même elle reconnaît que ses proches « l'aiment beaucoup », elle perçoit l'avantage que certains retirent du fait qu'elle soit malade. La personne malade cristallise autour d'elle les problèmes et les conflits qui, en temps « normal », devraient être gérés et résolus par l'ensemble du groupe.

> « …les gens se voilent un peu la face… surtout dans ma famille… on prétend que c'est moi la malade donc ça arrange… c'est toujours très bien d'avoir un élément malade dans la famille… ça arrange tout le monde (…) parce que ça leur évite d'ouvrir les yeux sur leurs propres problèmes… » (Angèle)

Il y a pourtant des occasions où un membre de la famille reconnaît, après réflexion, avoir commis des erreurs de jugement et s'en excuse devant le souffrant. C'est notamment le cas de Lucie qui voit sa maman admettre avoir agi en fonction de ce qu'elle avait elle-même intériorisé par le biais de son éducation. Pour Lucie, le fait que sa mère « réussisse à se remettre en question » est un acte « réparateur »

ÉTIQUETAGE/CATEGORISATION

L'ensemble des répondants est *naturellement* [17] poussé à redéfinir la vision qu'ils ont d'eux-mêmes au sein de la société. Alors qu'ils font partie de celle-ci, ils réalisent qu'une certaine frontière s'installe entre eux et les autres, de leur propre volonté ou imposée par l'extérieur. Le fait de traverser un épisode douloureux inscrit les souffrants dans une réalité dont ils ont seuls la clé de lecture. Certains se sentent pourvus d'une plus grande sensibilité du fait de ce qu'ils traversent ce qui leur permet d'accéder à un champ de perceptions plus étendu. Le récit d'Eve évoque cette distinction qui s'opère entre les « sachants » et les « non-sachants ». Le fait d'entrer dans la maladie initie un mouvement vers une nouvelle connaissance de soi et des autres et le retour en arrière ne semble plus possible.

[17] C'est un processus qui n'est a priori pas naturel, puisque résultant d'une modification des comportements de l'entourage.

> « J'ai ce petit regard que je perçois chez les gens qui ont également fait un burn out… c'est « moi je sais »… « je sais ce que tu vis, je comprends très bien ce que tu ressens » (…) les gens qui n'ont pas fait de burn out ne peuvent pas le ressentir… dans une discussion je veux dire… pas quelqu'un qui va faire ses courses… mais en discutant avec les gens on sait ce qu'ils sont en train de vivre, on sait s'ils vont craquer prochainement ou pas donc… une perception qui est beaucoup plus fine, beaucoup plus aiguisée… » (Eve)

Le sentiment d'appartenir à un groupe qui se distingue des autres - par sa faculté à percevoir différemment – est vécu tant parmi le groupe des souffrants qu'au contact de ceux qui méconnaissent la maladie. Lorsque certains souffrants exposent leur mal au sein de leur réseau élargi, professionnel ou privé, ils perçoivent un changement d'attitude parfois subtil chez leurs interlocuteurs (un regard suffit). Ce changement, ils l'interprètent comme un ensemble d'aprioris sur le burn out qui provoque méfiance et vigilance face à cette maladie, ou une forme de condescendance qui peut être vécue difficilement de la part du souffrant.

Encore trop perçu comme l'expression d'une faiblesse, le burn out véhicule toutes sortes de croyances qui alimentent la construction d'une catégorie spécifique. A la lecture de certains récits, ces croyances prennent effectivement racine dans la connaissance ou non que les personnes ont du burn out. L'intériorisation de la maladie, du fait de l'avoir vécue ou d'avoir accompagné un proche dans cette épreuve, facilite la création d'interactions qui ne mettent pas l'identité des interlocuteurs en porte-à-faux. Ce qui ne semble pas être le cas lorsque la personne face au souffrant ne reconnaît pas le burn out comme faisant partie de son champ d'expérience.

> « …y'a deux catégories, y'a les gens qui disent « ah waouh extraordinaire, t'en parles ouvertement » et y'a des gens qui baissent un peu la tête… et y'a rien au milieu (…) le fait qu'on ait parlé de quelque chose d'assez intime, ça a rendu certains rapports beaucoup plus forts, dans ce sens-là, ça c'est la première catégorie, les gens aime le Cenovis… et y'a ceux qui n'aiment pas le Cenovis, et alors eux c'est « ouh, il a fait un burn out… ouh là là… alors lui, j'ai toujours trouvé qu'il n'était pas très solide » (Bernard)

Pour Julien, le fait d'étiqueter le burn out provient notamment du fait que l'environnement professionnel appose des étiquettes sur les performances des travailleurs. Dans son besoin de s'identifier à un groupe social, l'humain catégorise afin de se distinguer des autres et de se rassurer sur ce qu'il est. On pourrait dire que le rapport à l'autre serait le moyen de bâtir les fondements de ce que le sujet *croit* être. Julien témoigne qu'au sein de la dernière entreprise qui l'a employé, le jargon utilisé pour évaluer les performances des travailleurs s'expriment en termes de « low performer », « mid performer », et « exceed expectations ». Julien se demande « …qu'est-ce que ça veut dire « exceed expectations », bordel…elles viennent d'où ces expectations… de qui ? ».

Il soulève la question du terrain sur lequel se construisent les attentes, que l'on impose aux autres et que l'on s'impose soi-même, dans le monde du travail. Sur quels éléments s'appuie l'entreprise pour définir ses critères d'évaluation et de sanction ? Car au final, il s'agit bien de sanctionner celui dont le rendement est régulièrement trop faible. Ces attentes sont-elles indépendantes d'un contexte ou sont-elles le reflet de normes et de standards imposés dans un contexte socio-économique bien distinct ? Cette question peut aussi être étendue à la sphère privée.

CONCLUSION

Ce chapitre a permis d'aborder la notion de perception. Celles-ci prennent forme au travers d'expériences sensorielles, lesquelles sont particulièrement affûtées lorsque l'objet de notre attention n'est pas visible. De fait, le burn out est un phénomène qui ne se voit pas de par la nature imperceptible de ses symptômes, et il occasionne diverses interprétations tant chez celui qui souffre que celui qui n'est pas exposé à la maladie. Nous avons vu que les souffrants portent des jugements parfois sévères sur eux-mêmes lorsqu'ils réalisent le stade de détresse qu'ils ont atteint au moment de leur « chute ». Le sentiment qui prédomine est celui de « ne pas avoir été à la hauteur » de quelque chose... Ce « quelque chose » est propre à chacun, cependant il donne naissance, chez certains, à un jugement moral qui peut paraître surprenant. La notion de faute est souvent dirigée contre soi-même, alors que le contexte est plus ou moins épargné.

Nous avons vu également que la façon dont l'entourage perçoit la maladie influe sur l'état du souffrant, lequel recherche une forme de reconnaissance de son mal, qu'il ne reçoit pas toujours. Les aprioris sur le burn out sont bien ancrés en raison d'un étiquetage de la maladie qui s'appuie sur des notions de faiblesse et d'échec. Face à cette image dépréciative du burn out, il semblerait pourtant que les « burnoutés » développeraient une sensibilité plus aiguisée qui leur permettraient de se reconnaître entre eux, et d'analyser plus finement ce qui est en jeu dans la relation à l'autre.

PRISE EN CHARGE MEDICALE

Dans le cheminement que suivent les souffrants dans leur maladie, il est une étape précise qui correspond à la prise en charge médicale, laquelle signera l'arrêt officiel du travail. L'avis de l'expert prend le dessus sur les a prioris et les perceptions et formalise la maladie au travers d'un diagnostic. Nous pouvons nous demander quel impact ce diagnostic a sur les souffrants en termes d'image d'eux-mêmes. Acceptent-ils facilement cette nouvelle « identité de malade » ? Nous verrons également quelle importance revêt le soutien social dans cette phase de chamboulement identitaire.

POSE D'UN DIAGNOSTIC

La prise en charge par un médecin et l'attribution d'un certificat d'arrêt de travail officialisent le changement de statut du souffrant auprès des Institutions (organisations professionnelles, assurance-maladie, ORP, AI, etc.). Avant l'arrêt de travail, il arrive que certaines personnes aient reçu des avertissements préalables de la part de leur médecin, lesquels n'ont pas été écoutés par crainte d'« abandonner» un travail en cours, ou par peur de se retrouver encore davantage surchargés lors du retour au bureau.

Il arrive également que les souffrants se soient vus proposer un premier diagnostic lors d'une visite effectuée avant leur « effondrement ». Alertés par les signes qu'émette leur organisme, les souffrants sont pris en charge par des médecins qui construisent des hypothèses sur la base de tests qui ne révèlent rien d'anormal. Dans le cas de Marie, les médecins la laissent repartir de l'hôpital sans lui fournir de diagnostic précis, malgré une détresse apparente.

> « …finalement on vient me voir et on me dit « vous sortez cet après-midi », alors que je n'en savais toujours pas plus… du coup crise d'angoisse parce que je me suis dit qu'ils me renvoient chez moi mais ils ne savent pas ce que j'ai… ça a été très compliqué psychologiquement à gérer… » (Marie)

Le rendez-vous médical dont nous parlons dès à présent constitue le passage « officiel » à l'état de malade. Cette phase désigne l'instant où le souffrant n'est plus en mesure de gérer seul son état, où la « chute » qu'il a vécue le met à terre. De sa propre décision ou sous l'impulsion de son entourage, le souffrant va concrètement rechercher de l'aide, l'inscrivant dès lors dans une nouvelle relation médecin-patient. L'attente face à cette prise en charge varie selon les souffrants en fonction de l'importance qu'ils accordent au diagnostic posé. Certains se sentent rassurés que l'on « nomme » la maladie dont ils souffrent ; cela leur permet de faire correspondre l'idée qu'ils ont de leur mal avec l'avis du

médecin. Dans le cas du burn out, cela conforte par exemple l'idée que ce mal-être provient exclusivement du monde professionnel (pour autant que le médecin pose le diagnostic dans ce sens). Pour Marie, la « reconnaissance du mal-être est essentielle dans le processus de guérison ».

Pour d'autres, le diagnostic n'est pas révélateur en tant qu'étiquetage de la maladie ; il est pris en compte en tant qu'avis d'un professionnel de la santé, auquel on décide de faire confiance. C'est un positionnement de délégation des capacités de jugement à un expert de la médecine, et cette délégation rassure car elle permet aux souffrants de se reposer sur l'avis de l'expert, quel qu'il soit.

> « Je dis que j'ai fait un burn out parce qu'on m'a dit que c'était ça le diagnostic… comme la majorité des gens qui ont fait un burn out… (…) si on m'avait dit que j'avais fait une dépression, aujourd'hui je te dirais que j'ai fait une dépression, parce que j'ai confiance dans l'avis médical qu'on m'a donné… » (Jeanne)

> « le DSM n'est rien d'autre qu'un médecin qui va essayer à partir de symptômes de vous mettre dans une case DSM, mais moi ces cases-là elles ne me parlent pas…(…) Dès qu'il y un diagnostic vous avez tendance à rentrer dedans, vous n'en avez pas forcément besoin au début, mais vous rentrez volontiers dedans (…) ça devient une vérité… quand le médecin vous dit que vous avez fait une dépression de type 4 sur 5, vous vous dites ben j'ai fait ça… » (Bernard)

La pose d'un diagnostic, qu'il soit considéré pour le souffrant comme la preuve tangible d'un mal dont il croit lui-même souffrir, ou un simple avis médical auquel il se fie, provoque un changement de regard de l'entourage sur le souffrant. Nous verrons que ce regard peut être bienveillant ou au contraire, s'avérer froissant, voire inamical. Bernard fait part de son ressenti par rapport à l'« étiquetage » qui s'opère suite à la désignation certifiée de la maladie.

> « …dans un premier temps je m'en foutais [du diagnostic posé], après j'ai vu l'importance de l'étiquette parce qu'après ça s'autonourrit, après on arrive dans la carrière, c'est à dire qu'effectivement vous êtes « stampflé », à l'externe ou à l'interne… (…) [l'impact du diagnostic sur la suite de la carrière], c'est un peu comme coucher avec un sidéen, vous pouvez mettre un préservatif mais ça retient je pense… » (Bernard)

MISE A L'ARRET DE TRAVAIL

La détermination du diagnostic précède, dans tous les cas rencontrés, la mise à l'arrêt de travail par le médecin. Cette décision unilatérale s'appuie sur le récit des souffrants qui décrivent, avec plus ou moins de détails et de conscience, l'état dans lequel ils se trouvent. Rappelons que le contexte de cette visite se situe après la « rupture », moment où le souffrant met un terme plus ou moins brutal avec son quotidien professionnel. Cette mesure

prise par le médecin provoque également des sentiments différents, qui vont du rejet, du soulagement, à la dégradation temporaire de l'état psychique.

La réaction la plus fréquemment rencontrée est celle de l'objection face à l'annonce de l'arrêt maladie. Être arrêté pour cause de burn out signifie que l'on est « étiqueté » comme « burnouté » avec toutes les conséquences que cela va avoir en termes d'image. Cela met également le souffrant face à sa propre représentation du burnout, laquelle renvoie chez certains une image de faiblesse et de capitulation. Une capitulation face au travail que l'on doit se contraindre à abandonner, mettant à mal son entreprise, mettant à mal un chef dans une période de surcharge, ou le souffrant lui-même lorsqu'il anticipe déjà son retour et la masse de travail qu'il devra rattraper.

L'arrêt peut également susciter des élans de colère contre l'employeur, lequel s'en sort plutôt bien par rapport au souffrant, soumis à de nouvelles contraintes qu'il considère illégitimes. Les factures de médecin que doit supporter Lucie suite à son arrêt sont une charge pour cette enseignante dont le salaire n'est pas mirobolant :

> « …quand j'ai reçu ces 600.- de facture, je dois avouer que ça a très mal passé…parce qu'ensuite je devais aller voir un psy (…) « merde à la fin, je dois débourser 600 balles pour ce connard qui m'envoie sur le charbon, et c'est moi qui dois débourser ça ?! » (Lucie)

La résistance face à la cessation de l'activité professionnelle n'est pas partagée par tous, et certains accueillent cette mesure avec soulagement. Ils ressentent un mieux-être immédiat synonyme d'un retrait de l'environnement professionnel. Pour Eve, le sommeil retrouve rapidement sa qualité perdue et les crises de panique diminuent significativement.

> « …je dormais toujours en boule recroquevillée avec le duvet enroulé autour de moi (…) et le lendemain après être allée la voir [sa psychiatre], je me suis réveillée j'étais étalée dans mon lit, les bras en croix et j'avais une espèce de sensation de soulagement… je n'avais plus à penser à ça… on m'a enlevé le boulet que j'avais sur la tête… » (Eve)

Bruno, quant à lui, se rappelle avoir rencontré son psychiatre une vingtaine de minutes, durant lesquelles il griffonne quelque chose sur bout de papier et lui dit : « voilà, c'est très simple, vous êtes dans une situation où vous êtes emprisonné ». Il dessine alors une cage avec un bonhomme à l'intérieur, puis trace une flèche qui part de la cage et libère le bonhomme de la cage… « Je vous enlève de la cage et ça ira mieux !». Au terme de cette séance, le psychiatre lui signe son arrêt de travail, puis ils se reverront quelques fois pour faire le point de la situation.

L'arrêt de travail est une période qui instaure des comportements différents chez les souffrants. Pour certains, c'est une phase salutaire qui leur permet de dormir et de se retrouver chez soi, le plus souvent seul ou accompagné uniquement de leur famille restreinte (conjoint, enfants). Ils éprouvent, dans le fait de rester chez eux, un sentiment de

sécurité et d'impénétrabilité qui les aide dans leur processus de guérison. Cette coupure avec l'extérieur permet de ne « rien faire « et de se reconnecter progressivement avec son « vrai soi ».

Pour d'autres, il s'agit d'instaurer un programme quotidien avec des objectifs propres à chacun qui leur assurent une cadence et leur permet de rester en contact avec l'extérieur sans trop laisser paraître sa maladie. Fait marquant au demeurant puisque ces consignes qu'ils se fixent font référence à des notions de travail et de performance.

> « Je m'étais fixée des objectifs, c'était de me lever le matin, de me doucher, de m'habiller, et d'essayer de sortir… mais pas sortir en training, de vraiment être habillée, de ne pas traîner en pyjama… mon truc c'était d'être propre… j'avais fixé ça… » (Angèle).

« Faire » ou « ne pas faire », telle est la question que se posent certains souffrants. Pour Lucie, le fait d'être autorisée à « faire ce qui lui plaît » alors qu'elle est en arrêt maladie provoque chez elle un sentiment de honte vis-à-vis de l'extérieur. L'arrêt induit l'idée que sa maladie doit être vécue dans la douleur et qu'il serait malvenu d'exposer ses envies.

PRISE EN CHARGE MEDICALE

Dans ce travail, la prise en charge médicale comprend deux étapes différenciées qui ne vont pas nécessairement de pair. Celle de la médication prescrite par un médecin et celle de l'entrée dans une unité psychiatrique. Si la question de la médication concerne l'ensemble des répondants, l'entrée en clinique concerne uniquement Gérard, Angèle, Franz et Bernard.

MEDICATION

Par médication, nous entendons la prescription d'antidépresseurs, d'anxiolytiques ou autres psychotropes (somnifères par exemple). Tous ces médicaments opèrent un effet sur le système nerveux central et altèrent les fonctions du cerveau, sans exception. A la lecture des récits, l'usage d'antidépresseurs semble provoquer davantage de crainte et de méfiance que les anxiolytiques et somnifères. Ces médicaments sont redoutés en raison de leurs composants chimiques et de leur « action » sur le cerveau.

Pour ces raisons, certains répondants refusent catégoriquement de prendre des antidépresseurs et se tournent vers des remèdes naturels ou vers l'homéopathie.

> « Non, je ne voulais pas de médicament chimique parce qu'il fallait que toutes mes facultés cognitives restent efficaces, mais le médecin a quand même dit qu'il fallait que je prenne quelque chose, et du coup il m'a mis sous millepertuis... (…) je ne sais pas si ça a fait de l'effet, mais j'ai pris ça pendant un an… » (Julien)

Cette décision est reconsidérée chez ceux qui éprouvent trop de difficultés à surmonter leur maladie sans médicament. Ces derniers se résolvent à recourir à la médication chimique et apprécient la stabilité émotionnelle que celle-ci peut leur procurer.

> « J'ai trouvé agréable les antidépresseurs parce qu'il n'y avait plus ce côté yoyo de peur au ventre… (…) finalement, j'ai capitulé, il y a un moment je me suis dit que je n'allais pas m'en sortir sans… j'accepte que je ne vais pas m'en sortir sans… » (Virginia)

Lorsque certains souffrants sont soumis à de fortes doses de psychotropes, ils ont conscience, après réflexion, que ceux-ci ont altéré provisoirement leurs capacités cognitives ; ils reconnaissent toutefois la nécessité du traitement qui leur a permis de pouvoir sortir progressivement de la phase aiguë de la maladie. Par le biais d'une discussion avec le médecin, les doses ont été graduellement réduites lorsque l'état de santé psychique s'est amélioré.

ENTREE EN UNITE PSYCHIATRIQUE

Pour quatre répondants, l'arrêt maladie comprend un séjour dans une unité psychiatrique, qu'ils ont effectué de leur propre initiative (Gérard et Bernard) ou qui leur a été prescrite par leur psychiatre (Angèle et Franz). Les séjours se sont étalés sur une durée allant de 10 jours (Gérard), un mois (Bernard), jusqu'à 7 semaines (Angèle et Franz) et ont eu lieu dans deux établissements situés entre Lausanne et Genève.

L'entrée spontanée en clinique fait suite à deux raisonnements distincts. Pour Gérard, il s'agit de prendre une mesure urgente alors qu'il se trouve dans un état de confusion intense. Ne se sentant plus capable de « se gérer » et de contrôler des pulsions de mort, il recherche avant tout une prise en charge immédiate. Dès son arrivée, il est entendu par des professionnels de la santé (psychiatres) qui lui prescrivent une forte dose de médicaments, dont les effets premiers seront un sommeil de plusieurs jours.

Pour Bernard, l'intention qui le pousse à se rendre spontanément dans une clinique, outre le fait qu'il se sente mal, est de pouvoir reprendre le travail au plus vite. Il s'inscrit pour la formule « premium » qui comprend une hospitalisation 24/24 durant un mois. Par la suite, il poursuivra son traitement en clinique de jour également durant un mois (2 heures de prise en charge par jour). Durant son séjour, il expérimente une nouvelle forme d'interactions avec des patients qui tout comme lui suivent un traitement psychiatrique plus ou moins lourd. Par le biais de ces échanges, il modifie sa perception de l'hôpital psychiatrique et des « fous » qui sont supposés y résider, puis se questionne sur la cohérence de son diagnostic, lequel devient un concept flou au contact des autres patients. Tous ont été « étiquetés » d'une maladie psychique « répertoriée », néanmoins, cela soulève la question de l'interprétation lors de la pose d'un diagnostic et du contexte dans lequel il est établi.

> « les personnes que j'ai rencontrées à la clinique, toutes avaient des situations très différentes… et moi sur le moment il y a eu ce diagnostic qui a été posé (…) Aujourd'hui on me dit que j'ai fait un burn out, je veux bien, je ne sais pas si j'ai fait un burn out, je ne m'identifie pas à ça, y'a un moment j'étais fatigué, j'ai arrêté de travailler parce que je ne dormais plus assez et j'étais angoissé, ça oui… maintenant, est-ce que ça s'appelle un burn out, si ça s'appelle un burn out c'est ça, mais je ne m'identifie pas à ça… » (Bernard)

Lorsque l'intégration au sein d'une unité psychiatrique est décidée par le psychiatre, l'intention du patient n'est pas prise en compte et celui-ci accepte (ou pas) la décision du médecin. Dans le cas d'Angèle et de Franz, le placement est accepté sans résistance et ils séjourneront tous deux dans la même clinique (à des périodes différentes) durant 7 semaines.

Franz établit une relation thérapeutique intense avec son psychiatre, lequel l'accompagne dans un travail de reconstruction de lui-même qui s'avère « très pénible » en raison de la lourdeur de son passé. La qualité des contacts créés avec les autres pensionnaires marque ce séjour, et la prise en charge dont il bénéficie lui apporte un sentiment de sécurité qu'il craint perdre lors de son départ graduel de l'établissement.

> « Tu fais un premier weekend à la maison pour voir si tu es apte à sortir de la clinique, et là tu chopes le vertige parce que tu te dis que tu vas quitter ce refuge, et du coup tu te sens très très mal (…) et après tu dois réapprendre à vivre dans une société normale… » (Franz)

Le décès de son psychiatre, que Franz considère comme un pilier dans son processus de guérison, est un obstacle extrêmement difficile à surmonter pour lui. Il lui faudra du temps et beaucoup de motivation pour réapprendre à donner sa confiance à un thérapeute.

Angèle subit également la perte d'un être cher rencontré durant son hospitalisation. Perte violente puisque cette personne décide de mettre fin à ses jours après une année et demie d'amitié. La force du lien, reconnaît Angèle, provient notamment du fait qu'ils « se sont reconnus dans certaines choses… ». Pourtant Angèle surmonte cette épreuve, elle qui a frôlé la mort lors d'une tentative de suicide inaboutie. Son premier séjour à la clinique sera suivi de trois autres séjours. Son diagnostic est réévalué par le biais de questionnaires indiquant que son burn out a muté en dépression sévère, nécessitant une prise en charge thérapeutique continuelle.

INFLUENCES EXTERNES

SOUTIEN THERAPEUTIQUE

Les souffrants traversent leur maladie accompagnés d'acteurs qui ont plus ou moins d'influence sur eux, sur leur manière d'agir et de prendre des décisions. Le soutien thérapeutique revêt une importance considérable chez tous les répondants car il permet non seulement d'obtenir un certificat médical d'arrêt de travail (CMAT) mais il offre également un espace aux souffrants, comme nous l'avons vu précédemment, qui leur permet de trouver des réponses à leurs questions et à cheminer vers le mieux-être avec davantage d'outils en main. Le CMAT implique une relation suivie avec son médecin traitant, qu'il soit psychiatre ou médecin généraliste, et celle-ci peut se limiter uniquement à l'aspect formel et/ou déboucher sur une relation d'aide à plus ou moins long terme. Certains psychiatres sont attribués d'office, comme c'est le cas dans une unité psychiatrique, ou alors le souffrant choisit lui-même le praticien avec lequel il souhaite « travailler », parfois à tâtons ou sur recommandation.

Teresa et Marie font partie de celles qui restreignent la visite médicale à l'obtention du CMAT. Teresa dit ne percevoir aucun « support et reconnaissance » de la part de son médecin. Elle ressent que ce dernier porte son intérêt uniquement sur les gros cas psychiatriques, comme la schizophrénie par exemple, et que pour lui « les petits burn out c'est juste son pourboire… ».

La relation d'aide ne se limite pas à la relation médecin FMH/patient mais peut revêtir d'autres formes, comme le recours à un psychothérapeute ou à des médecines complémentaires, dites « douces », comme la kinésiologie ou la sophrologie. C'est avant tout un soutien que recherchent les souffrants face à une situation qui bouleversent leur personnalité ainsi que leur identité, comme nous le verrons plus loin. La relation d'aide vient au secours des souffrants qui semblent avoir perdu tous les repères sur lesquels ils pouvaient s'appuyer jusqu'alors. La relation patient/thérapeute implique que le patient reconnaisse ses propres carences par rapport à une structure sociale qui lui impose une certaine façon d'être et d'agir. En cela, la thérapie peut être perçue, sous un angle sociologique, comme un processus de mise en adéquation ou d'alignement par rapport à un contexte sociétal. Trouver les causes d'un mal-être permet de mieux l'accepter et d'avancer. Il serait effectivement dangereux que le processus thérapeutique isole encore davantage le patient alors qu'un de ses objectifs est une réinsertion réussie dans la société « normale ».

Dans les faits, le travail thérapeutique effectué par les souffrants leur offre un espace de non-jugement et de clairvoyance, au sein duquel certains appréhendent de nouvelles facettes d'eux-mêmes qui seront autant d'outils supplémentaires pour les étapes futurs.

> « … elle [la psychologue] m'a accompagné sur le chemin de la reconstruction, elle m'a accompagné dans le long travail de retrouver un emploi, parce qu'après il faut retrouver un job et on est vite vieux sur le marché du travail…elle m'a accompagné aussi dans le développement de ma nouvelle carrière (…) ça me permettait d'aller décharger le trop-plein » (Franz)

Nous voyons que le soutien thérapeutique, dans une notion de progression vers un mieux-être, ne peut atteindre ses objectifs que si les deux protagonistes s'investissent dans l'échange. Lorsque l'un des deux n'en comprend par l'utilité ou qu'il n'est pas réceptif à l'autre, les interactions ne permettent pas de construire de monde « intersubjectif »[18], c'est-à-dire partagé par le patient et le thérapeute, lequel pourra donner naissance à des solutions sur la base de références et de connaissances communes.

SOUTIEN SOCIAL

Pour débuter ce chapitre, voici un petit rappel en lien avec la revue de la littérature. En termes de soutien social, j'entends l'ensemble des interactions constituant la réalité « intersubjective » d'une personne, lequel dépend de son investissement et de son intégration au sein de la société, ainsi que des ressources qu'il mobilise pour gérer une situation problématique[19]. Nous parlons ici d'interactions directes, en face à face, qui impactent directement l'expérience vécue.

Tout au long de leur cheminement dans la maladie, les souffrants sont au contact de différents acteurs qui ont une influence directe sur eux, qu'elle soit bénéfique à leur guérison ou non. Dans ce chapitre nous privilégierons les expériences positives vécues par les souffrants - dans l'optique d'évoluer vers une situation de mieux-être - sans toutefois écarter les événements préjudiciables. Une autre étude pourrait se consacrer entièrement à l'impact défavorable des interactions sur le processus de guérison.

Outre le soutient thérapeutique, qui pour certains revêt une importance majeure, la famille constitue une source de soutien importante, pour autant qu'elle soit présente. Nous parlons ici de la famille proche qui englobe le conjoint, les parents, et les frères et sœurs. Les liens de proximité avec le souffrant permettent à la famille de déceler plus rapidement une modification du comportement du souffrant, laquelle peut être ignorée par le souffrant lui-même. Rappelons que dans la grande partie des cas, les difficultés endurées sur le lieu de travail peuvent altérer la perception que le souffrant a de lui-même. Il lui arrive de s'obstiner dans l'exécution de son travail, alors que ses ressources diminuent progressivement. Le regard du proche sur la situation peut avoir un effet miroir, pour autant que le souffrant soit réceptif à cette ingérence.

[18] P. Berger et T. Luckman, « La construction sociale de la réalité », 1966 [2018], p. 80.

[19] Se référer à la p.31 de la revue de la littérature.

Lorsque la situation le permet, les bénéfices sont grands pour le souffrant qui peut alors s'appuyer sur l'autre sans réserve. L'expérience vécue par Virginia est représentative à deux niveaux. D'une part, son mari parvient à percevoir et comprendre son mal-être puisque lui-même est progressivement en train de « se brûler » au travail, d'autre part, il fait part de sa démission à son employeur lorsque le diagnostic de Virginia est posé, ceci pour prendre soin d'elle.

> « Il a eu très peur pour moi (…) il a dit « allez hop on arrête » … il faut baster avant de faire une grosse connerie au bureau… (…) il a été le mec qui m'a sauvée… » (Virginia)

L'expérience que vit Lucie avec son conjoint mérite également qu'on s'y arrête en raison de la nature du lien qui les unit. Lucie a mis du temps avant de « tomber », persévérant dans son activité d'enseignante avec un entêtement qui la pousse plusieurs fois au bout de ses limites. Les recommandations de son conjoint et de son médecin restent vaines jusqu'au jour où elle est contrainte d'arrêter de travailler suite à un avertissement catégorique de son médecin. Habituée à gérer un ensemble de tâches seule, elle se retrouve démunie face à cet « abîme ». Toutefois, le fait de traverser cette maladie instaure une nouvelle qualité d'échanges avec son conjoint. *Veiller à la santé de l'autre* devient leur leitmotiv, ce qui autorise à chacun d'intervenir fermement en cas de non-respect du nouvel accord. S'instaure alors une relation « parent-enfant », comme la nomme Lucie.

> « De temps en temps j'en ai besoin et lui aussi… et il sait que ce moment parental, de bienveillance parentale, tout à coup je fonctionne comme ça. J'ai besoin qu'il me le dise comme ça, et lui la même chose. Donc ça, c'est quelque chose qui a complètement évolué dans notre couple… » (Lucie)

Lors la phase aiguë de sa maladie, Lucie peut s'appuyer totalement sur son conjoint, lequel prend le relais « sans qu'elle s'en rende compte », comprenez, sans que Lucie ne ressente de grief de la part de celui-ci.

La situation de Jeanne est exemplaire quant à l'impact que peut avoir les proches sur la vie d'une personne, qui plus est lorsque celle-ci semble avoir perdu toute confiance en elle. Au moment de sa « chute », Jeanne n'est plus capable de sortir de chez elle, au point où son conjoint est contraint de stationner la voiture devant l'entrée de leur maison afin qu'elle se sente capable de franchir le pas de la porte. Le monde extérieur est une source d'angoisse importante qu'elle mettra du temps à dissiper. C'est lors d'un repas avec sa famille que Lucie voit sa trajectoire de malade prendre une nouvelle direction, lorsque son père (et médecin), ainsi que son conjoint la mettent au défi de courir un marathon. Tous deux coureurs, ils l'encouragent à prendre le temps dont elle dispose pour s'entraîner, ce qu'elle décide de faire. Suivie de près par son père qui lui insuffle conseils et motivation lors de ses entraînements, elle parvient à nouveau à se fixer des objectifs dans un cadre autre que le travail. Cette étape lui permet « faire le premier pas vers la remontée ».

> « c'est le fait qu'on me fasse assez confiance, que je suis capable de… moi je ne me sentais pas capable de courir 42 km (…) j'ai toujours estimé que j'étais nulle en sport, à l'école les cours de gym je n'y allais pas, je trouvais la meilleure excuse pour ne pas y aller, du coup pour moi c'était le truc auquel je ne pensais pas arriver, et on te dit « on y va », en partant d'une émotion au fait, en me disant j'ai envie de le vivre, ça m'a dit de prendre la main qu'on me tendait… on me tendait la main, tu veux vivre cette émotion, viens on y va… » (Jeanne)

Les nouveaux outils et compétences qu'elle acquière par le biais de cette expérience seront transférés, par la suite, dans son nouvel emploi.

Au regard de ces témoignages, nous mesurons l'importance de la famille sur les souffrants, lesquels sont portés par leurs encouragements et retours constructifs. Ces interactions avec le cercle intime constituent la base sur laquelle s'appuyer et permettent au souffrant de concentrer son attention sur lui-même, avec l'assurance de ne pas être jugé, ni exclu.

Lorsque la famille n'est pas proche physiquement, ces interactions en face à face sont rendues impossibles, ce qui, dans le cas de Marie, provoque un sentiment d'isolement. C'est à son retour en France voisine, proche de sa fratrie, qu'elle prend encore davantage conscience de l'importance de cette proximité.

> « la famille c'est super important (…) combien de fois quand j'étais toute seule (…) quand je faisais ces monstrueuses crises d'angoisse, où tu as l'impression que tu vas mourir, tu ne sais pas qui appeler parce que si j'avais appelé ma sœur à 700km pour me remonter le moral, je l'aurais plus inquiétée qu'autre chose, donc je ne faisais pas ça… » (Marie)

Pour certains, quand bien même la famille est proche géographiquement, elle ne constitue pas le noyau central qui offre au souffrant un espace de partage et de compréhension. Celui-ci se tourne alors davantage vers son cercle d'amis proches qui procure l'intimité nécessaire à la réflexion sur soi-même, laquelle permettra au souffrant de progresser. Pour Ève, le fait de parler avec des amis ayant eux-mêmes vécu un burn out apporte une dimension supplémentaire aux interactions du fait de la réciprocité des ressentis, laquelle débouche sur une plus grande ouverture et liberté d'échange.

Pour d'autres, le milieu professionnel est propice à la création d'amitiés fortes, indépendamment du fait que cet environnement soit source de pressions et de mal-être pour les répondants. La proximité vécue au quotidien nourrit des échanges qui vont au-delà des relations strictement professionnelles. Selon le secteur d'activité et la profession exercée, les liens sont d'autant plus étroits, comme le révèle le cas de Julien, qui bénéficie d'un contrat d'expatrié dans un pays dont il ne connaît pas encore la langue. Le rapprochement entre expatriés s'opère aussi bien à l'intérieur de l'entreprise – les employés travaillent en *open space* - que durant les heures/jours de libre. Durant la phase aiguë de sa maladie et la

courte hospitalisation qui suivra, ses collègues/amis se chargent de son déménagement alors qu'il est en pleine séparation.

En tant qu'éducatrice spécialisée, Jeanne travaille dans un environnement de proximité, lequel est caractéristique d'un foyer d'accueil qui propose un encadrement continu à ses résidents. La fonction d'éducateur implique l'encadrement des résidents, mais également la gestion des tâches courantes liées au lieu d'habitation, ce qui favorise la création de liens étroits avec les autres collègues. Jeanne décrit cette structure comme un « système familial » sur lequel elle peut s'appuyer. Lorsqu'elle est contrainte de quitter le foyer en raison de son burn out, elle se pose alors la question de savoir « qui elle est… »,

> « parce que si je ne les ai pas, qui va être là , qui va être là pour moi ? » (Jeanne)

Dans le cas de Jeanne, son burn out n'altère pas ses liens d'amitié, lesquels perdurent après la maladie. Elle « découvre que ce qu'elle avait créé ça existait, ce n'était pas faux ». Cependant, son vécu de malade lui permet de mettre un cadre autour de ce type de relations amicales afin de ne pas se sentir envahie par celles-ci.

Julien, quant à lui, ressent le besoin de « se retirer des cercles qui trainaient toujours ensemble ». Il prend conscience, après « l'épisode » [le burn out], que la présence presque continuelle de ses collègues/amis ne lui permet pas de déconnecter et d'assimiler progressivement l'ensemble des informations qu'il reçoit. Rétrospectivement, il réalise que cette proximité excessive a été un contributeur de son « effondrement », d'où la nécessité de s'isoler pour un temps. Lorsqu'il retrouve peu à peu goût à la vie sociale, Julien décide d'effectuer un grand tour à VTT en compagnie d'un groupe de personnes qu'il ne connaît pas (excepté une amie) et qui l'accompagnera sur les 1000 km effectués.

Marie, pour terminer, se voit contrainte de redéfinir sa notion de l'amitié puisqu'elle se sent « lâchée » par ses collègues qu'elle estimait proches. La petite agence qui l'emploie compte 8 employés et ceux-ci passent suffisamment de temps ensemble « pour connaître la vie des uns et des autres ». Son burn out met un terme définitif à sa relation avec eux, ce qui la déroute fortement. Berger et Luckmann (1966[2018]) abordent la notion de « schéma de typification » dans les interactions, lesquels définissent la manière dont nous appréhendons les relations en *face à face*. Dans le cas de Marie, celle-ci appréhende les personnes de son agence en tant que « collègues », « amis », « loyaux », « etc » … Les interactions avec ces personnes sont modelées en fonction de ces typifications, jusqu'à ce qu'elles n'en soient plus le reflet (l'interaction « réelle » ne correspond plus aux types que l'on a construits). Cette typification, toujours selon Berger et Luckmann, est réciproque, c'est à dire que l'autre appréhende sa relation avec Marie selon une certaine typification. Sur cette base, nous pouvons supposer que le burn out, caractérisé par sa chute brutale, provoque une rupture dans le *continuum* de typifications (Berger et Luckmann (1966[2018], p.83), résultant de l'interruption <u>subite</u> d'interactions *face à face*. Cette interruption ne permet plus d'avoir la preuve que l'autre existe par le biais de ses actions et de ses qualités. Cette con-

figuration aboutit dès lors à une situation d'anonymat, laquelle peut se révéler choquante pour le souffrant. Partant de cette théorie, la rupture des relations ne seraient pas provoquées par la maladie elle-même, mais en raison de l'absence d'interactions *directes* avec le souffrant.

Suite à ce sentiment d'isolement de par la prise de distance de ses collègues et l'éloignement de sa famille, Marie s'est tournée vers un groupe Facebook, « Burn out, parlons-en ! Osez rêver sa carrière », qui recense 1350 membres. L'adhésion est sous réserve d'une validation par les gestionnaires, lesquels exigent une présentation du nouveau membre à l'ensemble du groupe. Marie témoigne du soutien qu'elle reçoit « indirectement » par le biais de ce groupe, quand bien même les membres ne sont pas des proches et qu'ils sont dispersés géographiquement.

Il serait intéressant d'effectuer une recherche sur la valeur des interactions créées par le biais des réseaux sociaux par rapport à la force de leur soutien. En effet, l'ouvrage de Berger et Luckmann qui date de 1966 (réédité en 2018) n'aborde bien entendu pas cette question.

CONCLUSION

Au terme de ce chapitre, nous constatons l'importance des interactions directes que le souffrant construit et entretient avec son entourage proche. Celui-ci est principalement constitué du thérapeute - médecin ou psychologue - de la famille et des amis. Ces ressources à disposition du souffrant lui permettent de s'adapter à son nouveau statut de malade, pour autant que les interventions de l'extérieur respectent le rythme du souffrant et qu'il ne se sente pas envahi par celles-ci. Une juste distance est à trouver entre l'intérieur et l'extérieur : assimiler son nouveau statut de malade et mobiliser des ressources extérieures pour éviter l'isolement. Ces ressources peuvent provenir d'acteurs plus éloignés, comme certains répondants l'ont vécu, ce qui questionne la notion de proximité/intimité en tant que preuve de l'existence de l'autre, donc de la valeur intrinsèque du contact face à face en situation d'isolement (ici l'isolement provoqué par le burn out).

CONSTRUCTION DE SENS

PROCESSUS COLLECTIF DE CONSTRUCTION

La construction de sens est considérée ici comme un processus qui englobe différents acteurs, lesquels confrontent leurs idées afin de progresser dans une certaine direction. Dans le cas qui nous intéresse, le souffrant et son entourage font valoir leurs opinions afin de se positionner et être reconnus dans un contexte bien précis. La maladie impacte tant le souffrant que les personnes qui l'entourent et il peut exister, comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, des divergences dans la manière de percevoir une situation. Cela d'autant plus que le burn out est une maladie aux contours flous et que les diagnostics peuvent varier au gré de l'interprétation du médecin.

Ce chapitre s'intéresse aux conditions qui sous-tendent le processus de création de sens en situation de forte perturbation telle que le burn out, ainsi qu'aux éléments qui soutiennent les souffrants dans la construction d'une meilleure image d'eux-mêmes par le biais des interactions. Nous aborderons également la perception qu'ont les souffrants de la maladie et le sens qu'ils donnent à celle-ci de manière rétrospective.

Le burn out, nous l'avons vu, induit plusieurs niveaux de perception qui constituent, par le biais des interactions, la base d'une progression vers un autre état, celui de la guérison ou de la rechute. Dans les récits des répondants, nous repérons certains éléments qui traduisent une évolution vers un état de mieux-être, trajectoire que nous privilégions dans cette étude.

La compréhension de l'entourage par rapport à la situation vécue par le souffrant semble être un facteur déterminant quant à une progression positive. Nous pouvons même ajouter, la compréhension des autres par rapport au sens que le souffrant donne lui-même à sa maladie. Le souffrant perçoit son burn out d'une manière qui lui est propre, comme nous le verrons plus loin, et cette perception est partagée par son entourage proche, ce qui éloigne le risque d'une rupture de la relation. Le fait que le souffrant soit entendu et compris par son entourage chasse l'idée qu'il devient « fou » et lui permet de maintenir une présence légitime dans l'espace d'interaction qu'il a avec les autres. Les gens « ne voient pas le souffrant comme une malade » (Marie).

Eve fait une rencontre importante dans son parcours, qui va l'aider à se reconstruire grâce au soutien et à l'écoute de cette personne. Il s'agit de sa conseillère ORP qui, dans un premier temps, ne fait pas partie de ses proches mais le deviendra. Anxieuse à l'idée de

son premier rendez-vous avec sa conseillère, Eve lui expose son projet de devenir indépendante avec la crainte que celui-ci ne soit pas validé par l'ORP. C'est un tout autre contact qui s'établit entre les deux femmes.

> « Elle m'a soutenue depuis le moment où je suis entrée dans son bureau et que je lui ai dit que je voulais devenir indépendante, elle m'a soutenue… elle m'a aidée à l'être… elle était là quoi… comme une personne plus qu'humaine (…) Ces belles rencontres m'ont permis d'avoir des points d'ancrage qui allaient très bien avec la nouvelle vie que j'étais en train de me faire dans la tête… » (Eve)

Les points d'ancrage nécessaires à la reconstruction d'Eve sont le résultat d'une reconnaissance externe du nouveau sens qu'elle souhaite donner à sa vie. Cela agit comme une confirmation que sa perception des choses est en adéquation avec le contexte socio-économique dans lequel Eve évolue.

Le fait de s'appuyer sur l'avis d'un acteur externe est quelque chose de très présent dans les récits des souffrants. Nous l'avons vu dans le chapitre traitant de la pose du diagnostic et de la manière dont le souffrant interprète l'avis du médecin. Quelle que soit son interprétation, le patient incorpore l'avis du professionnel de la santé afin de donner un sens plus ou moins cohérent à sa maladie. Jeanne illustre ceci lorsqu'elle dit « j'ai fait un burn out parce qu'on m'a dit que c'était ça le diagnostic… ». La personne de référence, dans ce cas-là le médecin, propose une définition de son mal-être au souffrant qui l'accepte ou la rejette (sans surprise, les cas concernés dans cette étude n'ont pas fait objection au diagnostic qui leur a été proposé puisqu'un des critères d'adhésion à l'étude était « a souffert d'un burn out »).

Au moment où le diagnostic est accepté, il participe à la construction de la maladie sur la base d'une définition commune des faits. Sans cette définition commune induite par le médecin, le souffrant se retrouve dans un flou qui peut être très angoissant. Marie nous rappelle à quel point l'indécision des médecins sur son état a été une épreuve psychologique « qui l'a totalement anéantie ».

> « …à l'hôpital, vu que les médecins n'étaient pas d'accord, tu ne sais pas ce que tu as….déjà tu ne sais pas où t'en es parce que tu as le cerveau à l'envers, en plus un jour on te dit que tu as une embolie, le lendemain on te dit que non…(…) et finalement on vient me voir et on me dit « vous sortez cet après-midi », alors que je n'en savais toujours pas plus….du coup grosse crise d'angoisse… » (Marie)

L'importance du diagnostic dans la construction de sens est en fonction de la croyance du patient quant à son bien-fondé. Nous avons vu que pour certains, le diagnostic médical est l'expression de l'avis d'un expert qui n'inscrit pas forcément le souffrant dans une logique de « malade burnouté » – le diagnostic pourrait être tout autre selon qui le pose. Dans le cas de la médecine traditionnelle, celui-ci est établi sur la base de symptômes qui font partie d'une liste communément admise dans la profession, suite à l'agrégation de témoignages de malades. Bernard, dans son récit, soulève une question en lien avec la va-

lidité du symptôme en tant que manifestation « réelle » du burn out. En effet, il se demande si les symptômes dont il a souffert sont des symptômes de burn out (en tant que maladie répertoriée, même de manière officielle) ou la manifestation d'une anxiété qui résulte d'un ensemble d'interactions conflictuelles :

> « …vous avez la boule au ventre quand vous allez travailler parce que vous ne vous entendez pas avec votre collègue…vous n'êtes pas tout de suite en situation de burn out, ça peut juste être un con, c'est tout… Moi, à un moment donné, j'étais entouré de deux ou trois cons, j'avais parfois la boule au ventre et je ne dormais pas…est-ce que l'un plus l'autre ça donne un burn out ? En tout cas, ça a donné un arrêt de travail … » (Bernard)

Nous pouvons donc supposer que le sens se construit également sur la base de symptômes, lesquels sont le reflet d'une interprétation médicale en faveur d'un syndrome que l'on nomme burn out. En définitive, selon la position adoptée, le symptôme peut soit être défini comme la manifestation « réelle » d'une maladie, soit comme le reflet d'un dysfonctionnement relationnel qui n'a pas pour fonction d'étiqueter l'un des acteurs comme « malade ». Dans le cadre de cette étude, nous avons vu, au travers des récits des souffrants, que la problématique relationnelle impacte davantage celui qui a une position de subordonné dans un espace interactionnel donné. Par conséquent, le diagnostic médical pourrait être un moyen (malgré lui) de faire l'impasse sur des problématiques plus larges concernant l'entreprise, telle les relations hiérarchiques abusives.

Nous constatons que l'individu tend à agir selon le sens qu'il donne à une situation, mais que ce sens est également influencé par les acteurs qui participent à sa définition. Cette définition commune est le produit d'interactions créées dans un contexte social bien défini[20] mû par des valeurs sociales et individuelles qui parfois s'entrechoquent. Le burn out provoque, chez la plupart des souffrants, un bouleversement de leurs valeurs individuelles en raison d'une inadéquation entre ce qu'ils ressentent être « juste » et ce que prône la société. La construction de sens est un processus qui s'inscrit alors dans la continuité et la pérennité des valeurs fondatrices du souffrant, lesquelles peuvent être « restaurées » notamment par le biais d'un travail thérapeutique (quel qu'il soit), ou par un nouvel emploi au sein d'une société qui affiche des valeurs similaires à celles du souffrant. Le récit de Lucie témoigne de l'importance qu'elle attache à (re)travailler dans un contexte qui donne sens à ce qu'elle fait.

> « …c'est vraiment quelque chose d'important pour moi, je pense que j'ai une chance gigantesque de tomber là [son nouveau lieu de travail] …comme une pièce de puzzle qui attendait de tomber au bon endroit…parce que je peux travailler en harmonie avec qui je suis…et si je donne de mon énergie, je sais pourquoi je le fais, parce que je suis en harmonie avec les valeurs qui sont prônées dans cet établissement… » (Lucie)

[20] Se référer aux pages 11-13 de la revue de littérature.

Le souffrant s'identifie à une nouvelle organisation dont il partage les valeurs et les idées et de laquelle il devient membre. Sans que cela soit clairement explicité, il entre dans une nouvelle catégorie de personnes qui va donner un nouveau sens à ses actions et qui devient sa réalité quotidienne.

Hacking (2001, p.146) soutient que le nouveau membre du groupe transforme la manière dont il fait l'expérience de lui-même du fait qu'il est classifié de telle ou telle manière. Dit autrement, la classification interagit avec les personnes classifiées et modifie la perception qu'elles ont d'elles-mêmes. Ceci est mis en évidence afin d'appuyer le récit d'Eve, lequel a déjà été évoqué dans le chapitre sur l'étiquetage, sur le groupe des « sachants » et des « non-sachants ». L'expérience qu'elle a vécue en tant que « malade » prend également du sens au travers du groupe des « sachants », duquel elle fait désormais partie. Les membres de ce groupe partagent un vécu qui leur permet d'accéder à une nouvelle dimension de leur « soi » par le biais d'interactions propres au groupe d'appartenance. Les « sachants » possèdent une connaissance supérieure à laquelle les « non-sachants » n'ont pas accès, ce qui peut constituer un élément bénéfique dans le processus de guérison.

> « …guérie je le suis…mais ça m'a changée à tout jamais…et c'est ce que j'ai vu chez les gens avec qui j'en ai parlé et qui ont vécu ça…on se comprend. Quand on parle c'est « ah ouais, c'est exactement ça… », on se comprend à demi-mots, on sait ce que c'est, on perçoit les choses différemment, c'est comme si on était un petit groupe de gens d'une autre couleur…je ne sais pas…bleu, vert… » (Eve)

Nous avons vu que le sens donné à la maladie varie selon les acteurs externes qui contribuent à lui donner une certaine définition, mais ce sens dépend également du ressenti du malade, de son vécu personnel, sur la base duquel il va pouvoir construire sa propre signification des faits.

SENS DONNE PAR LE SOUFFRANT

MALADIE OU ACCIDENT ? UNE QUESTION DE PERCEPTIONS…

Comment définir un burn out lorsque l'on a traversé cette épreuve ? Est-ce une maladie ? Un accident ? Nous allons voir que les souffrants ont une vision qui leur appartient et qui diffère de cas en cas. A la base de leur réflexion, une perception différente de ces deux concepts, lesquels véhiculent nombre d'idées et de ressentis. Rétrospectivement, il est possible, pour certains, de verbaliser ces ressentis et de classer l'épisode burn out dans une ou l'autre case.

Pour Marie, le burn out n'est ni une maladie, ni un accident, « c'est un syndrome qui engendre des maladies », « c'est ton corps qui dit stop ». Ici, le syndrome n'est plus considéré comme un ensemble de symptômes qui caractérisent la maladie, mais comme une « entité » qui provoque une maladie. Dans ce cas, l'entité serait le corps qui s'oppose à la

tête afin de mettre un terme à un fonctionnement dangereux. Dit autrement, le burn out est défini comme un ensemble de manifestations, mais il n'est pas une maladie en lui-même. La(les) maladie(s) se déclenche(nt) par la suite. C'est effectivement le cas de Marie qui endurera plusieurs maladies « physiques », lesquelles se succèderont tout au long de la période post-effondrement.

> « J'ai appris avec le temps que le burn out te déclenche des trucs de fou…mais qu'il n'y a pas forcément de causes mécaniques… » (Marie)

La notion d'arrêt brutal se reflète dans le récit d'Eve qui considère le burn out comme un accident. Celui-ci impose un « reset » de son cerveau suite à la paralysie instantanée de ses facultés cognitives.

> « C'est un accident, c'est un bug complet, il n'est pas volontaire ce reset, y'a personne qui le veut parce que ça fait peur, lâcher prise, tomber tout au fond du bac…ça fait peur… » (Eve)

Pour la majorité des répondants, le burn out est considéré comme une maladie, qui pourrait prendre la forme d'une rivière, dont la source se trouve naturellement en amont de la « chute ». Cependant, cette observation ne peut avoir lieu qu'après coup. Durant les mois qui précèdent l'effondrement, les souffrants ne sont pas ou peu conscients de cet état maladif qui va progressivement les mener à une impasse. Pour Jeanne, « elle [la maladie] s'est réveillée chez elle parce qu'il n'y avait plus de limite, plus de clarté, tout était flou et elle était mise à mal… ». L'idée de *réveil* illustre cette progression, ce changement d'état qui caractérise le passage à autre chose.

La notion d'évolution progressive dans la maladie est partagée par Bernard, lequel perçoit le burn out comme une coupe qui se remplit peu à peu et qui finit par déborder.

> « Ça ne vient pas du jour au lendemain (…) on n'est pas épuisé du jour au lendemain…on est fatigué… mais **pour être épuisé il faut être fatigué longtemps**… » (Bernard)

Lucie définit ce processus comme la « maladie de l'énergie... c'est l'énergie qui est blessée ». Ici, il ne s'agit pas d'une coupe qui déborde mais d'un contenant qui perd peu à peu de son contenu.

> « …j'avais l'impression d'avoir une bouée…la bouée qui vous fait nager dans la vie, qui est là autour de nous… et que cette bouée elle avait des trous invisibles, mais je n'avais pas assez de mes dix doigts, de mes deux coudes, pour essayer de boucher ces trous, et que l'air dans la bouée est l'énergie dont on a besoin pour vivre…et c'est comme ça que j'ai réussi à me dire « ça c'est la maladie », comme je la caractérise…parce que j'ai toujours eu beaucoup de peine à me décrire comme malade…. » (Lucie)

« Clash final à une étape de la vie » (Teresa), le burn out consume progressivement les ressources des souffrants jusqu'au jour où toute l'énergie disparaît.

Le récit de Franz évoque davantage la sensation d'une perte identitaire. Il parle de la « maladie du moi, dans le sens de l'absence de reconnaissance, de considération, dans le sens de repères, parce ce que notre société offre de moins en moins de repère (…) dans le sens où il y a de plus en plus de quoi se poser la question « qui suis-je ? »…

Ici, la maladie trouve ses racines dans les couches plus profondes de la construction de soi, dans un contexte familial et social qui n'offre plus suffisamment d'espaces interactionnels porteurs d'intégration et de sentiment d'appartenance, lesquels sont nécessaires à une socialisation et à une identification « réussies ». Le burn out serait alors une réaction à un modèle sociétal qui déconsidère l'humain.

> « Pour moi, c'est une maladie sociétale (…) c'est le cancer de l'âme…c'est comme ça que je le perçois… » (Franz)

On le voit, le souffrant construit son image de la maladie à la lumière de ses ressentis et de sa propre expérience. Plusieurs diront que le burn out, tel qu'ils le décrivent, n'est pas une définition qui s'applique à tous. Au contraire, chacun s'approprie son expérience mais ne tente pas d'en faire une généralité. Le flou médical autour de ce syndrome pourrait être à la base de ces interprétations différenciées, lesquelles revêtent souvent un caractère davantage philosophique que scientifique.

BURN OUT VS DEPRESSION

Lorsque l'on pose la question en quoi le burn out diffère de la dépression et inversement, là aussi il s'agit de répondre en s'appuyant sur ses perceptions puisque seule la dépression est reconnue et diagnostiquée dans le DSM-5. Bien que le syndrome du burn out soit absent des manuels en tant que maladie mentale, les souffrants ont une idée assez précise de ce qui le distingue d'un état dépressif.

Le récit de Teresa éclaire d'une manière très imagée ce qu'elle ressent par rapport aux deux manifestations :

> « Pour moi, le burn out ça a été comme une sorte de…quand tu tires sur un élastique, tu tires, tu tires, tu tires, et juste avant qu'il pète tu le lâches…ça te fait mal aux doigts mais ton élastique il est toujours là et tu peux le tirer à nouveau…Tandis qu'une dépression, tu tires l'élastique et il pète…et une fois qu'il est pété tu ne l'as plus…il est cassé et il faut en racheter un complet… » (Teresa)

Certains souffrants différencient le burn out de la dépression sur la base de critères relativement précis, bien qu'à leur lecture, nous nous apercevons qu'il est difficile de leur apposer un contour clair.

L'idée que la dépression serait un mal qui prend racine dans des problèmes « plus personnels » et « plus profonds » se retrouve dans plusieurs récits. La dépression se manifesterait chez ceux dont le terrain est plus favorable, soit par héritage, soit par une évolution chronique de la maladie. Elle est pensée comme quelque chose de « médical, médical » suite à un « déséquilibre chimique dans le système », et se caractérise par un état général de mal-être qui impacte le souffrant sur le long terme. A l'inverse, le burn out est lié au contexte professionnel et n'impacte que peu (ou pas) la sphère privée. La contextualisation du burn out est ici l'élément clé qui distingue les deux maladies.

> « …si on parle juste de l'aspect burn out « professionnel », le fait de couper la situation aide à s'en sortir, à plus ou moins long terme… peut-être un peu mieux que la dépression…ça c'est mon avis…La dépression, tu n'as plus aucune bouée de secours…y'a tout qui ne va pas…tu ne vois plus rien…alors que le burn out, c'est lié à un environnement, une situation, un contexte professionnel… » (Bruno)

D'autres perçoivent la dépression comme une conséquence du burn out. C'est le cas de Franz et d'Angèle qui voient leur diagnostic évoluer suite à une aggravation de leur état. Soumis à l'appréciation de ses médecins après avoir passé de nombreux tests, Franz comprend ce passage à la dépression comme une rupture complète d'avec ses certitudes et ses fonctionnements passés.

> « Je me suis effondré, et c'est le fait d'être effondré qui m'a déclenché la dépression…c'est comme ça que je le vois » (Franz)

Le récit de Julien se rapproche davantage d'une vision constructiviste de la maladie, puisque, selon lui, le burn out a été « créé » en raison de la connotation négative de la dépression. Les deux maladies n'en sont qu'une, toutefois, le burn out a été catégorisé comme un mal lié au travail afin de le rendre moins effrayant et plus acceptable dans la société.

> « Le burn out, c'est l'étiquette qu'on a donné à une dépression dans le domaine du travail, pour moi, ce n'est pas dissociable, parce que tu ne fais pas un burn out si tu ne fais pas de dépression… » (Julien)

Dans ce cas-là, le burn out est un des symptômes de la dépression et inversement. La pose d'un diagnostic distinct ne se justifie pas, quand bien même le monde médical tente de « normaliser » le burn out comme un épuisement uniquement professionnel.

VISION PARTAGEE OU INDETERMINATION ?

La question de la normalité semble opportune dans ce chapitre, en raison du flou qui entoure la notion de burn out. Nous avons vu que la construction de sens trouve une meilleure résolution lorsque celle-ci s'effectue dans un espace interactionnel au sein duquel l'information est partagée et comprise par l'ensemble des acteurs. La reconnaissance de la maladie par les non-souffrants légitime son existence, quand bien même les symptômes

ne sont pas explicables médicalement. Le fait de catégoriser le burn out en tant qu'une « certaine maladie » permet aussi bien au souffrant qu'aux proches d'adopter des comportements en adéquation avec la catégorie créée, même si cette dernière est imprécise.

En effet, lorsque l'on demande aux souffrants de décrire ce qu'est pour eux le burn out, ceux-ci ne se retrouvent pas autour d'une définition commune. Le sens donné à l'événement, tout aussi influencé qu'il soit par les autres, est une perception individuelle basée sur sa propre expérience et ses propres croyances. Dans la plupart des cas, le souffrant définit sa situation comme unique à lui-même, quand bien même un diagnostic a été posé par un médecin. Ce dernier repose sur l'interprétation des faits par le médecin et sur une liste de symptômes communément admis comme manifestations d'un dysfonctionnement mental que l'on nomme « burn out »[21]. Ce diagnostic convient ou non au souffrant, cependant, il revêt une forme officielle qui justifie l'arrêt de travail et les mesures à prendre pour la suite.

CONCLUSION

Au terme de ce chapitre sur la construction de sens, plusieurs réflexions viennent à l'esprit, notamment celles en lien avec la non-reconnaissance, par le monde médical, du burn out. Malgré l'absence du burn out dans la nomenclature du DSM-5, la médecine normalise, par le biais d'un diagnostic, un événement qu'elle ne reconnaît pas elle-même. Ce diagnostic a pourtant valeur de « preuve » auprès des souffrants et des acteurs externes, lesquels accommodent des mesures qui semblent les plus appropriées pour répondre à la souffrance du patient. Ce processus institue progressivement le burn out dans les mœurs de nos sociétés, alors qu'aucun consensus n'est trouvé pour répondre aux questions et du monde scientifique et du monde profane. Le message perçu par les souffrants serait alors : votre situation existe mais elle n'est pas reconnue par la société. Face à ce flou institutionnel, les souffrants peinent parfois à s'identifier au diagnostic qui leur est présenté, et ces derniers interprètent à leur façon le mal dont ils souffrent. Le burn out est tantôt perçu comme une maladie, tantôt comme un accident, et l'on peut se demander si l'absence de « labellisation » de la maladie par le monde médical ne contribue pas à la création d'une catégorie « fourre-tout » dans laquelle le souffrant tente de se reconnaître et de mettre un sens à ce qu'il vit. Nous verrons dans le chapitre suivant que l'épisode burn out provoque des changements chez les souffrants, lesquels concrétisent une nouvelle étape dans leur vie. Ces changements reflètent concrètement la construction d'un nouveau sens de vie (« sens » en tant que signification et direction).

[21] Pour exemple, le site www.noburnout.ch propose une liste de symptômes ainsi que sa propre définition du trouble (consulté le 04.11.2018).

REMISSION, RETABLISSEMENT, REINSERTION

Ce chapitre aborde la question de la sortie de la maladie vue sous l'angle des souffrants, et fait part de l'état dans lequel ils se trouvent au moment des entretiens. Pour certains, l'épisode du burn out est un souvenir plus ancien que pour d'autres, facilitant pour les premiers l'accès aux souvenirs grâce à davantage de recul et certainement moins de charge émotionnelle. Si tous aujourd'hui ont retrouvé une vie plus stable (professionnellement et/ou émotionnellement), il n'en reste pas moins que l'épreuve reste un fait marquant pour chacun d'eux, lequel a modifié leur personnalité, voire leur identité de façon permanente.

Un effet de sélection ne devrait pas être négligé lors de la lecture de ce chapitre, dans la mesure où il était demandé aux répondants d'être sorti de la maladie depuis au moins une année, afin qu'ils puissent revenir sur leur passé avec une certaine distanciation et qu'ils bénéficient d'une expérience de vie suffisamment longue après la maladie pour visualiser la trajectoire parcourue. Sortir de la maladie signifie dans ce cas, avoir retrouvé ses capacités cognitives afin d'être en mesure de développer une pensée empreinte de sens critique.

De fait, *avoir retrouvé ses capacités cognitives* est déjà en soi une marque de rémission et/ou de rétablissement, excluant dès lors toutes les personnes qui ne sont pas guéries, entendez, qui ne sont pas capables d'analyser leur expérience et d'en tirer des enseignements, aussi difficile fut-elle. Les récits qui suivent attestent d'un certain optimisme qui ne devrait dès lors pas être généralisé à l'ensemble des personnes atteintes de burn out.

GUERIT-ON VRAIMENT D'UN BURN OUT ?

Tout d'abord, est-il possible de mesurer par le biais de critères inventoriés une possible guérison du burn out ? Au sens médical, la réponse est non si l'on considère que la maladie n'est pas officiellement reconnue et que la symptomatologie est définie par toutes sortes d'acteurs.

Si l'on considère l'ensemble des récits des souffrants, la guérison prend une signification très personnelle qui dépend du parcours de chacun. Le burn out est inscrit dans une continuité d'étapes qui a mené les souffrants du temps X au temps Y, et ces derniers relatent leur expérience à la lumière de leur trajectoire individuelle. L'analyse sociologique permet toutefois de relever de grandes similarités entre les récits, quant au gain perçu au travers de l'expérience douloureuse. L'idée que le gain soit indissociable de la douleur vé-

cue est très présente dans les témoignages. En d'autres mots, le burn out serait un mal nécessaire qui a permis de progresser avec soi-même et dans sa relation avec les autres.

> « …j'étais dans un processus où il fallait qu'il arrive…si j'avais perduré, si je n'avais pas eu d'accident où tout s'est arrêté, ça aurait perduré dans le temps, je ne serais pas tombée et je n'aurais pas eu cette chance de remonter (…) alors que là j'ai vraiment fait une chute et je suis remontée…comme si j'étais tombée sur un trampoline… mais c'est très violent, ça fait très peur… » (Eve)

Une fois les enseignements tirés, il n'est pas pensable de revivre une telle épreuve, ce qui contraint les souffrants à demeurer continuellement vigilants. Cette vigilance, exprimée avec nuances par les souffrants, marque la sortie de la maladie sans pour autant leur permettre de se considérer comme « guéris », c'est à dire totalement délivrés de leurs maux.

Malgré cette ambivalence apparente, la majorité des souffrants témoignent des effets positifs du burn out sur leur parcours de vie. Certains le voient comme une opportunité qui leur a permis de redéfinir leurs priorités et de bâtir les limites entre eux et l'extérieur, lesquelles étaient jusqu'alors floues - voire inexistantes - et sources de fortes pressions. Ces limites s'expriment principalement dans la capacité que les souffrants ont développée de dire « non » et de se positionner face à leurs interlocuteurs. Il s'agit, dans cette phase post-maladie, d'avoir autant de considération pour soi que pour les autres et d'affirmer ses propres convictions, affranchi des prescriptions du passé.

> « …aujourd'hui c'est comme une deuxième vie qui commence (…) mon père disait toujours « tu verras, le soleil il ne brillera plus de la même manière, parce que tu n'auras pas le pouvoir de l'argent » … aujourd'hui, j'arrive à faire briller le soleil sans argent …c'est à toi de construire tes convictions, comment tu veux fonctionner… » (Gérard)

Bernard parle d'un d'outil supplémentaire qui lui permet aujourd'hui d'appréhender son existence avec davantage de confiance. Cette confiance est parfois chancelante car il s'agit de se repenser en tant qu'individu au sein de plusieurs groupes d'acteurs qui gravitent autour de soi. Le souffrant, dans son souhait passé de bien faire les choses et de satisfaire aux attentes des autres, doit « négocier » sa place au sein du groupe pour ne plus se laisser envahir. Il est tenu de penser à lui et à son bien-être tout en redéfinissant les limites d'avec l'extérieur. Cette étape nécessite d'avoir pris conscience de la problématique qui se jouait avant l'« effondrement », laquelle est permise par le biais d'un travail thérapeutique/de soutien qui soulève chez les souffrants des questionnements qui n'avaient pas cours auparavant. Cela provoque pour la plupart des remises en question de fond sur leur manière d'être et de faire, entendez la manière qu'ils ont d'entrer en relation avec les autres. Le travail, ils l'ont tous aimé, ils l'ont tous exécuté d'une manière professionnelle et responsable ; aujourd'hui, il s'agit de tirer les enseignements consécutifs de l'épisode burn out afin de ne plus « retomber » dans des schémas comportementaux passés (soumission, loyauté, abnégation de soi, etc). Le burn out est considéré alors comme le révélateur

d'éléments qui n'étaient pas portés à la conscience du souffrant en tant que fondements de constructions sociales passées. Aujourd'hui, ces fondements sont ébranlés, voire détruits, afin de permettre au souffrant de poursuivre son parcours de vie sur d'autres bases.

> « Je pense que ça a révélé quelque chose qui était enfoui…ça a été une terre brûlée et du coup y'a des choses qui ressortent de la terre qui ne pouvaient pas avant, parce qu'il y avait trop de couches…donc je pense que ce sont des choses que j'avais en moi mais je ne n'avais pas conscience d'avoir… » (Marie)

> « Il [le burn out] a toute sa place dans ce que je suis aujourd'hui, dans le sens que ça a contribué à construire la suite…(…) c'est une grosse étape de ma construction… ce n'est pas une étape qui était recherchée, ce n'est pas comme quand tu construis en allant à l'Université parce que tu veux apprendre une matière… Là non, c'est un autre apprentissage, c'est une autre école…(…) ça ne sert à rien de renier, ça a existé, c'était là…je préfère l'embrasser et l'apprivoiser » (Julien)

> « Si je ne suis pas malade d'avoir été malade, ou en colère contre ma maladie, c'est parce que ça m'a ouvert les yeux… j'ai appris des choses essentielles que je devais apprendre dans cette vie » (Lucie)

La notion d'apprentissage est très présente dans tous les récits, laquelle se décline sous différents angles selon le vécu des répondants. Apprendre - ou plutôt réapprendre - sur des bases qui sont le produit d'une réflexion personnelle plutôt que sur ce qui a été progressivement assimilé depuis l'enfance constitue l'élément central qui permet au souffrant d'initier le pas vers une prochaine étape. Apprendre à nouveau, c'est se départir d'un modèle sociétal et comportemental qui a progressivement menés les souffrants vers une impasse. L'apprentissage consécutif au burn out, du moins chez les personnes rencontrées, permet de questionner *ce qui a été fait de moi* et *ce que je suis* dans un système de références contextualisé. Il s'agit de déconstruire une manière de faire que les souffrants considéraient comme « normale ».

> « Bien sûr que si ça m'est arrivé, c'est que ça devait m'arriver, et pourquoi…et j'ai cherché à comprendre le pourquoi et le pourquoi s'est imposé de lui-même assez rapidement…C'est pour que je puisse redémarrer, c'est un formatage comme un disque dur… on efface tout et on remet les choses en place… on remet toutes les applications, toutes les informations, on met tout en ordre…(…) ça devait m'arriver pour que je puisse être bien et que la deuxième partie de ma vie soit meilleure que la première… » (Eve)

Le terme *burn out* peut alors être compris et traduit d'une différente manière : il ne s'agit pas tant d'un processus où les personnes *se* brûlent jusqu'à l'épuisement, par manque de détermination, d'endurance ou de quelconques compétences, il s'agit plutôt de *brûler* le socle sur lequel s'est construit la personnalité, voire l'identité des souffrants. La terre brûlée, que mentionnait Marie, laisse poindre de nouvelles souches garantes d'une reconstruc-

tion de soi, dans une réalité subjective modifiée. Jeanne utilise la métaphore du volcan pour illustrer d'une manière explicite cette évolution/modification :

> « L'image du volcan c'est parce qu'après qu'un volcan ait explosé, tu ne reconnais plus du tout le paysage, et moi je ne me reconnaissais plus du tout…C'est un peu cette image-là. Après que la lave soit tombée, elle sèche et elle est là, donc la vie reprend, mais ça a changé tout le paysage et ça restera à vie… Un endroit où un volcan a explosé, il y a des marques à vie…on reste quand même marqué, ça ne part pas. Par contre, j'aime aussi cette image parce que ça ne définit pas…. Un volcan, à un moment il peut s'éteindre et redevenir super beau avec plein d'arbres…un volcan ce n'est pas seulement triste du moment où il a fait une éruption une fois… » (Jeanne)

Au terme de son séjour à la clinique et de son suivi thérapeutique, Franz traverse une étape libératrice lorsque sa psychiatre lui demande d'écrire une lettre à son père qui retrace son parcours douloureux avec lui, et de la brûler en toute impunité.

> « Elle m'a dit : « maintenant, brûlez votre passé » … et ça a été un élément créateur absolument fabuleux parce que j'ai pu brûler cette lettre, donc brûler le passé et me reconstruire sur quelque chose de neuf… » (Franz)

Plusieurs récits témoignent de cette rupture plus ou moins nette avec le passé, laquelle fait place à une nouvelle étape de la vie. Sous le prisme de la construction sociale de la réalité, Berger et Luckmann (1966[2018]) identifient cette transformation comme une *alternation*, qui exige un processus de resocialisation. Les éléments constitutifs de la réalité subjective du souffrant, jusqu'à l'« effondrement » de ce dernier, sont totalement réinterprétés à la lumière de son bouleversement biographique. Le souffrant s'appuie sur une nouvelle base sociale, que Berger et Luckmann (p.250) nomme la *structure de stabilité*, qui lui permet de se construire une nouvelle réalité subjective en adéquation avec ce qui désormais constitue son cadre de référence. La réalité objective (socialement définie) concorde avec la réalité subjective du souffrant, offrant un nouvel espace de dialogue entre ce qui constitue les autres et soi-même. Les auteurs parlent ici de resocialisation en raison de l'identification à de nouveaux autruis significatifs, constitués, dans le cadre de cette étude, de psychiatres, psychologues, ou tout autre soutien social, que le souffrant mobilise dans sa transformation. Au contact de ces nouvelles personnes de référence, il peut construire de nouveaux contenus dont la réalité est soutenue par la réalité d'autrui. Berger et Luckmann (1966[2018, p. 252-253]) d'ajouter : « La structure de plausibilité doit devenir le monde de l'individu, déplaçant tous les autres mondes, particulièrement le monde que l'individu a « habité » avant son alternation (…) L'ancienne réalité, tout comme les collectivités et les autruis significatifs qui l'on précédemment médiatisée pour l'individu, doit être réinterprétée *à l'intérieur* [souligné par les auteurs] de l'appareil légitimant la nouvelle réalité. Cette réinterprétation apporte une rupture dans la biographie subjective de l'individu… ». Le témoignage de Teresa me semble significatif de l'approche théorique de Berger et Luckmann.

> « Pour moi le burn out c'est…c'est guérir mais en réapprenant à démarrer sa vie d'une autre façon, sur plusieurs plans. Ça peut être le plan conjugal, familial, amical, psychologique, professionnel…Pour moi, on peut dire qu'on est sorti d'un burn out quand on a clôturé des chapitres de sa vie qui étaient arrivés à des points de rupture, et qu'on réapprend à vivre toutes ces parties de sa vie avec une autre optique, une autre vision, avec un autre ressenti émotionnel…pour moi c'est vraiment ça…c'est réapprendre à débuter des parties de sa vie mais avec d'autres ressentis… » (Teresa)

A la lecture des récits des souffrants, il y a incontestablement un « avant » et un « après » burn out. Il y a une rupture dans la trajectoire de vie et une transformation de la réalité subjective, qu'elle soit totale ou partielle. Dans les cas rencontrés, l'empreinte du passé reste plus ou moins marquée, comme nous le verrons, toutefois, la transformation de soi est un processus présent chez tous les répondants. Celle-ci implique un remaniement des interactions avec les autres, privilégiant celles qui consolident la « nouvelle » réalité subjective du souffrant.

Nous avons vu précédemment[22] que le fait d'avoir vécu le même événement favorise la création de liens grâce à une réalité partagée par l'ensemble du groupe. De ce fait, il est plus facile de partager ses ressentis, ses perceptions car il y a une symétrie entre la réalité subjective du souffrant et la réalité objective des autruis significatifs. Dit autrement, les interactions ne remettent pas en cause l'identité du souffrant et la validité de sa propre réalité, et ce dernier cible consciemment certains cercles d'interactions, au détriment de ceux dont les divergences d'opinions sont trop éloignées de sa réalité. Le fait de s'identifier mentalement à des personnes qui partagent un même niveau de connaissance permet de créer une réalité alternative propre au groupe. Rappelez-vous le groupe des « sachants » et des « non-sachants » mentionné dans le récit d'Eve : les « sachants » constituant le groupe des personnes qui ont traversé un épisode de burn out et qui ont développé une sensibilité plus grande que les « non-sachants ».

> « Les « non-sachants » ne peuvent pas aider les « sachants » … mais à l'inverse oui. Je pense qu'on pourrait énormément aider les autres, et je sais qu'autour de moi j'ai fait beaucoup de bien. C'est fou, mais quand j'étais encore malade, il y a énormément d'amis et de copines qui m'appelaient pour me demander des conseils, parce que j'avais toujours des idées (…) et je pense que ma maladie m'a apporté ça. Maintenant je sais, donc je peux aider les autres… » (Eve)

Le fait de distinguer le groupe des « sachants » des « non-sachant » permet de valider un processus de transformation et de créer sa propre structure de plausibilité, pour reprendre les termes de Berger et Luckmann.

[22] Se référer au sous-chapitre « Étiquetage/Catégorisation », p. 60.

STIGMATES

La transformation opérée chez les souffrants suite à la rupture d'avec la réalité passée laisse pour certains des marques indélébiles, qu'ils intègrent dans leur nouvelle vie quotidienne, parfois pour se prémunir d'une rechute. Je prends pour exemple la méfiance ressentie par Bruno lorsqu'il entre en contact avec sa nouvelle hiérarchie. Cette méfiance est une marque de l'avant-burn out, cependant, celle-ci lui permet aujourd'hui d'être plus alerte face à des situations critiques.

> « Je réagirais différemment face à une situation où je me trouverais coincé, parce que j'ai plus de bouteille… en réagissant mieux, en réagissant plus…en disant « ta gueule, au revoir, merci » … ou alors, si c'est ingérable, dire « au revoir » plus tôt au lieu de rester des mois et se foutre en l'air… » (Bruno)

Jeanne parle également de ses « petites alarmes », qu'elle identifie plus rapidement et qui l'empêchent de retomber. Elle associe sa transformation à une « dépendance qu'elle a soignée » et prend pour exemple les alcooliques abstinents, qui malgré une absence totale de consommation restent potentiellement des alcooliques. Cette comparaison démontre le niveau de vigilance intégré par certains souffrants afin de maintenir leur nouvelle réalité subjective. La rupture biographique[23] vécue par les souffrants laissent des cicatrices qui sont les marques d'un événement traumatisant, toutefois, elles peuvent être réinterprétées à la lumière du présent afin de protéger les souffrants.

> « Je pense qu'on ne guérit jamais vraiment d'un burn out, les cicatrices restent. On est même un peu fragilisé parce qu'on a tendance à écouter les signaux d'alarme, ce que l'on ne faisait pas avant. Et ça nous fragilise un tout petit peu parce qu'on lève le pied un peu plus vite qu'avant…mais en fin de compte, c'est un crime de dire « fragilisé », parce que ça ne fragilise pas, ça préserve… » (Franz)

La réinterprétation de l'événement « burn out » semble une étape décisive dans le parcours de plusieurs personnes. La transformation n'est pas complète si elle ne permet pas de reconnaître les bénéfices que l'on a pu retirer de l'expérience. Le burn out constitue alors la base sur laquelle s'appuie « la nouvelle vie », comme certains la nomme ; le sens donné à la maladie permet d'identifier des buts auxquels il faut se raccrocher pour maintenir durablement les effets de la transformation. Ici, certains parlent d'une remise en question nécessaire afin d'évoluer dans le processus de guérison.

> « Celui qui va prendre le burn out comme un échec, il ne s'en sortira jamais (…) Si le burn out ou l'après burn out est pris en main, traité sérieusement, intégré par la personne comme un élément rédempteur ou de renaissance, à ce moment-là, on peut rentrer dans le développement de carrière, dans le principe d'une remise en question… » (Franz)

[23] Terme fréquemment utilisé par Berger et Luckmann (1966[2018] lorsqu'ils parlent de resocialisation.

> « …on va en faire quelque chose de ça…c'est une force derrière, parce que sinon ça me traîne, c'est un boulet… (…) du coup, il y a toujours un moyen d'en tirer quelque chose… si ce n'est pas un enseignement, c'est un réflexe, si ce n'est pas un réflexe c'est une manière de percevoir les choses… tu peux changer ça… » (Julien)

Dans la grande majorité des cas, le virage professionnel – couplé pour certains à des changements d'ordre privé - entérine le passage vers de nouveaux rôles ; il désaffilie le souffrant d'avec sa base sociale antérieure et permet la construction d'une structure interactive en adéquation avec sa nouvelle réalité quotidienne. Parmi les personnes rencontrées, deux répondantes témoignent pourtant n'avoir pu réaliser pleinement le tournant « offert » par la maladie, ceci en raison d'un rapport au travail conflictuel et encore douloureux. Angèle vit mal le fait de ne pas se sentir capable de reprendre une activité professionnelle, même à temps partiel. Elle qui aimait travailler, elle se voit amputée d'une grande source de satisfactions et peine encore aujourd'hui à comprendre les raisons qui l'ont menées jusqu'au burn out, puis à la dépression. Un sentiment d'injustice prédomine par rapport au fait d'avoir été sanctionnée là où elle pensait être performante, rendant sa situation actuelle de mère au foyer insatisfaisante et contraire à ce qu'elle prévoyait pour sa vie.

> « Je n'arrive pas à voir pourquoi on m'inflige tout ça…. je n'ai pas assez de recul pour me dire…pour vraiment comprendre…parce que pour moi c'est injuste, c'est injuste que la seule chose que j'aimais faire, où j'avais des compétences pour le faire…que ça, ça m'a tuée… » (Angèle)

Teresa vit une situation différente dans la mesure où elle est a réintégré son emploi chez son ancien employeur, pour qui elle travaille depuis plus de 23 ans. Après quelques aménagements d'horaire proposés par le département des Ressources Humaines, Teresa s'est replongée dans un quotidien routinier qui ne lui procure aucune satisfaction et qui peut redevenir, plus ou moins régulièrement, source de tensions et de mal-être. Parfaitement consciente du fait qu'elle doit changer de travail, elle ne se sent pourtant pas prête à se confronter à un marché du travail concurrentiel et exigeant. Les conversations qu'elle entretient continuellement avec sa psychologue et sa kinésiologue lui permettent néanmoins de retrouver peu à peu confiance en elle et d'entrevoir une possibilité de guérison grâce à un nouvel emploi.

> « Je pense que ce serait la phase qui pourrait clôturer définitivement cette période de burn out, parce que c'est encore semi-latent en moi… Là, je me sens dans une phase où c'est comme si j'avais coulé, que j'ai touché le fond, et là, je suis en train de remonter, et j'arrive à l'avant-dernier palier avant de pouvoir reprendre l'air à la surface…(…) Je sens vraiment que le jour où je pourrai envoyer ma lettre de démission et que j'aurai trouvé un travail où je puisse m'épanouie, là je sens que je pourrai reprendre cette grande bouffée d'air qui me manque encore pour être suffisamment oxygénée dans ma vie … » (Teresa)

La question « qui suis-je ? » semble encore ouverte chez les deux femmes, et pourrait ne pas trouver réponse en raison de l'absence d'une nouvelle base sociale qui leur permettrait

d'être comprises et reconnues, et de valider l'étape post-maladie grâce à de nouvelles identifications mutuelles.

CHANGEMENT IDENTITAIRE

Selon la théorie de la socialisation de Berger et Luckmann (1966[2018]), les personnes de référence – ou autruis significatifs – permettent à l'individu de se forger une identité grâce à l'intériorisation progressive de contenus valorisés par ces derniers (lesquels ont également intériorisés des éléments socialement construits). L'interaction continue entre les autres, la société, et l'individu est indissociable de la construction d'une identité, qui peut, comme nous l'avons vu, être profondément questionnée suite à une rupture biographique. Le fait d'avoir traversé un burn out provoque des remaniements dans les rôles et les attitudes des souffrants, lesquels s'expriment dans un contexte social modifié. L'identité est reformée par des relations sociales réinventées à la lumière de l'expérience passée.

La majorité des répondants témoignent se relever de leur burn out avec un niveau de conscience plus élevé qu'auparavant. Conscience de soi, lorsqu'ils sont face à eux-mêmes ou en relation avec les autres, et conscience de l'environnement dans lequel ils évoluent. Leurs perceptions se sont transformées suite à la maladie, ce qui entraîne également une redéfinition de leurs interactions avec l'extérieur.

> « Je n'ai plus l'identité du petit soldat…je l'aurai toujours un peu mais je sais où il me mène, et je sais que c'est un ennemi, entre guillemets, à combattre…ce n'est pas une valeur que je dois soutenir, et cette valeur elle a dû être revisitée… » (Lucie)

> « Je me suis rendu compte que pendant les 6 à 8 derniers mois, je n'avais pas agi comme j'aurais dû agir moi…ce n'était pas moi… » (Bruno)

Pour certains répondants, parler d'un changement identitaire paraît trop extrême. Julien de préciser : « ce que je suis n'a pas fondamentalement changé, c'est la manière dont ça se manifeste qui a changé… parce que forcément il y a plus d'expérience, plus de maturité et plus d'acquis ». Pourtant, cette affirmation mérite d'être nuancée, si l'on analyse le changement identitaire sous le prisme de la sociologie. Dans ce cas, l'identité est considérée comme le reflet de ce que l'on est dans un contexte précis, animé par un ensemble d'interactions, elles-mêmes considérées comme le produit d'une structure sociale définie. L'identité peut dès lors évoluer, se modifier et se reformer.

Il y a un élément de continuité entre l'avant et l'après burn out qui se matérialise sous la forme de valeurs. Certains récits témoignent de cette permanence des valeurs perçues comme fondamentales, lesquelles traversent l'épisode bouleversant (au sens de l'identité) sans perdre de leur prégnance. Pourtant, ces valeurs n'ont pu être respectées durant la phase pré-effondrement, en raison d'une confusion grandissante entre la réalité subjective du souffrant et la réalité objective de la société. La remise en question effectuée par les souffrants suite à la maladie permet de questionner la pertinence des valeurs constitutives

de leur identité et d'effectuer une mise à jour des objectifs de vie importants pour chacun d'eux.

> « Les valeurs sont les mêmes. Depuis toute petite j'ai des valeurs propres à moi…je tiens à la justice, à l'honnêteté, à l'intégrité (…) ça, ce sont mes valeurs intrinsèques et fondamentales…ça, ça n'a pas changé. Mais le vécu fait que l'on remet en question tout ça…est-ce que ça vaut vraiment la peine ? Est-ce que j'ai vraiment raison d'être honnête alors que les autres ne le sont pas forcément avec moi ? » (Eve)

Le travail est sans surprise une des valeurs revisitées par les souffrants, lesquels ne le considèrent plus comme un moyen de se faire reconnaître dans la société, ou d'obtenir un certain statut. Il ne prend plus l'ascendant sur les autres valeurs et constitue dorénavant *un* objectif qui prend place dans un ensemble d'objectifs garants de l'équilibre des individus. En d'autres mots, le travail et les relations professionnelles ne définissent plus le souffrant, tant aux yeux de la société qu'à ses propres yeux.

> « Ce n'est pas mon travail qui définit ma vie, mais c'est moi qui la définis, ce sont mes envies, mes amis, ce que je vis à côté, qui vont définir comment je vais travailler (…) Je ne vais pas faire n'importe quoi, je fais mon travail, mais j'arrive maintenant à voir dans l'autre sens…Au lieu de dire « la coordinatrice aimerait prendre deux jours de vacances », c'est Jeanne qui veut prendre deux jours de congé, et elle va s'organiser au travail pour pouvoir prendre deux jours de congé… » (Jeanne)

Le nouveau positionnement du souffrant face à son entourage et face aux normes de la société - qu'il distingue désormais de sa propre réalité – lui permet d'expérimenter un sentiment de liberté quant à la manière dont il veut organiser sa vie. Il n'agit plus « en fonction de », mais en intégrant son identité spécifique dans l'échange qu'il a avec la société.

> « Aujourd'hui, j'ai fait les murs et je suis en train de mettre le ciment… (…) J'ai une certaine clarté dans ma tête qui me permet de dire : « maintenant, chaque ligne que je vais cimenter, cette fois ça va être du solide » … parce que c'est moi qui la cimente, ce n'est pas quelqu'un d'autre qui la cimente » (Angèle)

CONCLUSION

A la lecture de ce chapitre, j'avance l'idée que la guérison du burn out est un processus qui met en jeu le souffrant, les autres, et la société dans laquelle tous évoluent, au même titre que la maladie socialement construite.

Dans la *Construction sociale de la réalité*, Berger et Luckman (1966[2018]) proposent une théorie de la société, considérée comme un ensemble de constructions individuelles et collectives indissociables les unes des autres. Selon leur théorie, la socialisation résulte de l'intériorisation d'une réalité partagée, objective, et d'une connaissance subjective de cette réalité. Cette approche ouvre la voie à une réflexion quant à la source du burn out. Ici, l'idée proposée est que cette maladie proviendrait de la confusion entre l'auto-

identification – celle que le souffrant s'est attribué au fil de ses apprentissages et de son développement et qu'il tente d'affirmer – et l'identification avec les autres – celle attribuée par son entourage et le contexte dans lequel il évolue. L'inadéquation entre ce que le souffrant expérimente au quotidien – la réalité objective – et ce qu'il a intériorisé – ses perceptions et ressentis – le mène progressivement à une *rupture biographique*, pour reprendre les termes de Berger et Luckman (1966[2018]). La guérison ne peut s'entrevoir qu'au travers d'un processus de resocialisation, complet ou partiel qui donne lieu à la constitution d'une nouvelle base sociale, laquelle lui permet de construire et de maintenir sa nouvelle réalité subjective.

A la lumière de l'ouvrage de Berger et Luckman (1966[2018]), nous pouvons penser que la guérison résulte d'un échange constant entre le souffrant et les autres, excluant l'idée qu'elle serait uniquement le produit de la volonté et de la persévérance du souffrant. Les interactions entre le souffrant et son entourage proche (autruis significatifs) permettent d'inscrire le souffrant dans une nouvelle *structure de plausibilité* qui lui permet de se réapproprier son identité dans un modèle social modifié, et de préserver un équilibre entre ses propres perceptions et la réalité objective

PEUT-ON PARLER DE « CARRIERE » DU BURN OUT ?

Le modèle de « carrière » qui m'a servi de référence lors de l'analyse[24]a permis d'identifier des expériences partagées par l'ensemble des personnes rencontrées durant cette étude, lesquelles ont toutes traversé un épisode de burn out à un moment précis de leur vie. Ce modèle met également l'accent sur les carrefours qui donnent l'option aux souffrants de tracer leur propre chemin. En effet, comme nous avons pu le voir, il n'existe pas une route unique pour tous les souffrants, quand bien mêmes certaines expériences sont partagées. En d'autres mots, l'expérience de la maladie est ressentie subjectivement, toutefois, elle se recoupe avec des ressentis et des vécus communs, ce qui permet d'établir des trajectoires de « carrière » compréhensibles par tous ceux qui ont traversé le même épisode (du moins les personnes rencontrées dans le cadre de cette étude).

La totalité des souffrants a subi un « effondrement », ou une rupture biographique, pour reprendre les termes de Berger et Luckman (1966[2018]), qui a suivi une période plus ou moins longue de mal-être et de stress, provoqués en partie en raison d'un environnement professionnel de plus en plus toxique et contraignant. Nous avons vu toutefois que les causes du burn out ne peuvent être uniquement imputées au monde du travail. Chez la plupart en effet, la maladie se déclenche au sein d'un contexte instable, tant privé que professionnel, qui écorche progressivement leur confiance et certains de leurs acquis. La rupture vécue par les souffrants initie un mouvement de redéfinition de soi en raison de la perte de repères passés et de la modification des perceptions qu'ils ont d'eux-mêmes et de leur entourage. Cette réappropriation de l'identité est un processus social, dans la mesure où des acteurs importants interagissent avec le souffrant et lui offrent un nouveau modèle (social) dans lequel il peut extérioriser qui il est sans craindre une inadéquation entre sa réalité et celle du nouveau monde objectif qui l'entoure (professionnel et privé). Le recours à du soutien extérieur - qu'il soit imposé par le cadre institutionnel (psychiatres, AI, ORP), ou choisi en fonction de ses sensibilités et de ses attachements - introduit des nouvelles personnes de référence (ou autruis significatifs) qui guident le souffrant sur son cheminement. L'identification à de nouveaux acteurs permet au souffrant de maintenir constante sa nouvelle réalité subjective. Quand bien même certains ne reconnaissent pas en eux une transformation *identitaire* – par manque de connaissance du terme lui-même, ou parce qu'ils pensent que le terme est exagéré – ils témoignent tous d'un changement qui impacte à jamais leurs comportements et leurs perceptions.

[24] Carole Aneshensel (2013) – « Cheminement de carrière », p.18.

La modification des perceptions s'opère entre autres par le biais du diagnostic posé par les professionnels de la santé. Nous avons vu que ce diagnostic n'est pas défini en fonction d'une catégorisation précise de la maladie dans le DSM[25], mais qu'il est une évaluation médicale effectuée sur la base d'une description de symptômes par le souffrant. Ce syndrome est principalement admis, tant chez les experts de la santé que dans le monde profane, comme la manifestation d'un « épuisement psychique » rencontré dans le domaine professionnel[26]. Le paradoxe qui entoure la « maladie » du burn out réside dans le fait que la médecine – ou science médicale – pose le diagnostic d'une maladie qu'elle ne reconnaît pas d'une manière scientifique[27]. En effet, l'ensemble des répondants est diagnostiqué comme souffrant d'un burn out, et cet étiquetage génère des réactions variées chez ces derniers. Pour certains, le fait d'être catégorisé en tant que souffrant du burn out apporte du sens à l'épreuve qu'ils sont en train de vivre. Reconnus dans un mal-être qu'ils associent spécifiquement au travail, certains souffrants trouvent dans les propos des experts un écho de leurs propres perceptions, ce qui semble les rassurer. Pour d'autres, le diagnostic ne constitue pas une réponse rassurante ; il est la photographie d'un état de connaissance concernant le mal dont ils souffrent. Le diagnostic est pris en tant que tel, et ne participe pas à la définition que le souffrant se fait de lui-même, cependant, il peut influencer le regard des autres et engendrer des modifications dans les interactions.

> « Je vois très bien le regard des autres, il est un peu altéré… (…) J'avais cette collaboratrice et… est-ce qu'elle en avait entendu parler ? Ou à un moment je lui en ai parlé ? Je me souviens, on était dans le train et j'ai vu la différence…je l'ai vue la différence dans le regard… vous pouvez le faire très discrètement, mais vous le voyez…ça change le regard des gens… » (Bernard)

Le fait que le burn out ne soit pas une « institution [28]» reconnue dans notre société (contexte suisse actuel) génère une zone de flou quant à la manière de considérer la maladie d'une manière objective – qui serait le résultat d'un consensus autour de sa définition, de la manière de la prendre en charge, des mesures de prévention et de monitoring à adopter, etc. Maladie qui a « pris forme » dans les années 70, son histoire en tant que telle est récente et ne permet pas à l'ensemble des groupes intéressés de s'accorder autour d'une direction à prendre (parmi un choix d'options), laquelle deviendrait un modèle de conduite pour tous. La notion de « maladie contestée » prend tout son sens dans ce contexte. Le flou autour de la question du burn out laisse la place à des interprétations qui

[25] Pour rappel, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) dont la dernière version française a été publiée en 2015 (DSM-5).

[26] Sites internet consultés : SECO (https://www.seco.admin.ch/seco/fr/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/gesundheitsschutz-am-arbeitsplatz/Psychosoziale-Risiken-am-Arbeitsplatz/Stress-Burnout.html) ; Noburnout (www.noburnout.ch); Planète santé (www.planetesante.ch); Promotion Santé Suisse (www.promotionsante.ch).

[27] Peut-on dire que le DSM est un manuel scientifique ? Ou se limite-t-il à la description arbitraire de symptômes ? Revoir le chapitre « Le DSM-5 : quid du burn out ? », p. 24.

[28] Dans le sens de la définition proposée par Berger et Luckman (1966[2018]), lire le chapitre « La société comme réalité objective », plus précisément les p. 101 – 144.

amènent à se questionner sur la position des experts par rapport à cette souffrance « sociale ». En effet, la trajectoire des souffrants n'est pas définie/encadrée par une structure sociale qui se chargerait de donner des réponses objectives en lien avec une problématique de « type X ». Excepté la délivrance d'une Certificat d'arrêt de travail, document officiel établi par un médecin[29] au plus près de sa conscience professionnelle, les souffrants ne peuvent pas s'appuyer sur la reconnaissance institutionnelle de leur maladie. Pourtant, à leurs yeux, les symptômes sont bien réels et définissables.

> « Ce qui est un peu bizarre dans le burn out, c'est que ça te provoque des maux physiques qui n'ont pas forcément d'explication physique… (…) Une partie de ta réflexion veut absolument mettre une raison physique à ces maux, parce que tu n'arrives pas à concevoir que ça puisse être uniquement psychologique… » (Teresa)

> « Moi je me réveillais pendant la nuit parce que j'avais des douleurs dans les jambes, dans les bras, et c'étaient les muscles…mais ce ne sont pas des courbatures, tu sens bien la différence entre les trucs… » (Marie)

L'absence de catégorisation de la maladie peut rendre plus difficile l'assimilation par les souffrants de leur statut de malade et provoquer, chez certains, un sentiment d'imposture lorsqu'ils doivent justifier leur arrêt professionnel – alors que leur maladie ne se voit pas. Les symptômes médicalement inexpliqués (MUS[30]) trouvent davantage écho auprès du cercle intime des souffrants, du fait de sa proximité avec le souffrant, plutôt que dans la sphère plus large de connaissances.

Pourtant, l'expérience de la maladie, bien que peu visible de l'extérieur, laisse des cicatrices profondes. Elles font, d'une part, référence à un passé que les souffrants ne veulent pas revivre, et d'autre part, elles sont perçues comme des signaux d'alerte internes qui les prémunissent d'une rechute. Le burn out est défini par certains comme un « mal pour un bien » leur permettant de questionner tout un système de pensées et de comportements qui les a menés à leur « effondrement ». Le passé est réinterprété grâce (ou à cause) des marques indélébiles que la maladie à provoquées. Ce passé est constitué de relations, comme nous l'avons vu, mais également de valeurs et de normes. Les normes, inhérentes à un contexte précis, sont réinterprétées dès lors que les souffrants ont intériorisé un nouveau « style » de vie. Celui-ci met en évidence une plus grande autonomie dans les prises de décision et une saine distanciation d'avec les personnes qui ne partagent pas, ou plus, les mêmes définitions de la vie quotidienne.

Tous les souffrants, suite à leur « effondrement » et au processus de guérison, parviennent à se détacher de certains rôles qui constituaient leur réalité – qui n'était jusqu'alors pas questionnée. Le rôle professionnel est celui qui subit le plus de transformations, pourtant, celles-ci sont vécues différemment par les souffrants. Pour certains, le virage profes-

[29] Voir art. 34 du Code de déontologie de la FMH.
[30] MUS = Medically unexplained symptoms.

sionnel constitue un renouveau, une opportunité de faire quelque chose qui correspond à leurs valeurs et à leur « moi ». Ils expérimentent un nouveau rapport aux collègues et à leur hiérarchie grâce à un positionnement plus affirmé, lequel leur permet de dire « non » ou « stop » d'une manière plus anticipée. L'environnement professionnel ne constitue plus une source de stress et ne favorise plus la perte d'estime de soi. Au contraire, il contribue à la construction d'une identité qui évolue, médiatisée par des interactions « sensées » avec les pairs. Lucie parle de son nouvel emploi en ces termes :

> « ces deux derniers jours, j'ai dû donner beaucoup plus de mon temps que normalement…mais c'est égal… j'ai l'impression que j'ai travaillé main dans la main avec cette directrice (…) et là, je sais que le travail que j'ai fait, il va dans un sens où tout le monde va donner du sens au travail… j'ai été un maillon d'une chose qu'elle [la directrice] va pouvoir relayer plus loin… » (Lucie)

Pour d'autres, le détachement du rôle professionnel passé est plus contraignant et difficile à accepter. Le fait de ne pas pouvoir rebondir professionnellement[31], à plus ou moins long terme, après la maladie, renvoie à certains souffrants une image imprécise et incomplète de leur trajectoire. Il est pour eux plus difficile de trouver un sens à l'événement qu'ils ont traversé et ils restent dans l'expectative d'une étape à venir, sous la forme d'un projet professionnel en adéquation avec les enseignements tirés de leur burn out, et respectueux de leurs capacités tant physiques que psychiques.

> « c'est la seule chose que je n'arrive pas à reconstruire [le travail]… oui, c'est un échec pour moi, je n'aurais jamais pensé dans ma vie que le travail finirait par être un échec, et avoir peur du travail… parce que ce n'était pas dans ma conception de ma vie… j'ai toujours dit le travail c'est important, j'aime travailler, j'ai besoin de travailler…» (Angèle)

La réalisation d'une nouvelle trajectoire professionnelle est une étape importante vers la guérison, qui, nous l'avons vu, n'est pas une situation définitive. La guérison implique un processus de resocialisation auprès de personnes qui permettent aux souffrants d'intégrer et de conserver la nouvelle direction prise. Cette nouvelle direction peut être professionnelle aussi bien que privée, si l'on considère les remises en question de certains souffrants en lien avec leurs rôles familiaux. Le récit de Gérard nous éclaire sur la nouvelle orientation que peuvent prendre les interactions des souffrants, alors qu'ils intériorisent leurs nouveaux rôles.

> « Je suis entouré d'éléments, de facteurs qui donnent beaucoup d'énergie... (…) Les gens que tu rencontres, les gens qui t'entourent par bouche à oreille, je sens les gens complètement différemment, je sens que les gens sont aimables, ils te donnent de l'énergie en plus, ils sont à l'écoute, tu peux leur partager des choses… Il y a 10 ans

[31] Rebondir professionnellement signifie, pour deux répondantes, se sentir capable de retravailler et pour une troisième, trouver un autre emploi que celui qu'elle a réintégré. Une quatrième personne a perdu son emploi, cependant, elle et son mari ont un nouveau projet de vie qui lui permet de voir l'avenir avec plus de sérénité et de situer son burn out dans son parcours de vie.

> en arrière, je n'aurais jamais eu d'amis comme aujourd'hui…(…) je sens aujourd'hui les gens avec qui je veux être pour être bien … je sens l'énergie qui va avec… y'a des gens, tu peux leur parler dans les yeux, ils sont réceptifs...et y'a des gens qui évitent ton regard... j'analyse plus les gens, être à l'écoute... » (Gérard)

> « Il y a les murs porteurs (…) et il y a les murs entre deux… et les murs entre deux ce sont mes amis, ce sont des gens qui sont, entre guillemets, stables… » (Angèle)

Il s'agit avant tout de s'entourer de personnes de référence (autruis significatifs) qui ne sont pas issues d'une structure établie, mais choisies en fonction de leur affinité avec le souffrant.

THEORISATION

A la lecture de ces différentes phases, nous pouvons attester qu'il existe effectivement une « carrière de burn out », au sens sociologique du terme[32]. Les données collectées lors des treize entretiens laissent apparaître une direction commune à l'ensemble des répondants ; mieux encore, elles permettent d'identifier les carrefours importants qui jalonnent leurs parcours et qui prédisposent des étapes suivantes. Quand bien même la « carrière » suit la même direction, les trajectoires pour parvenir à l'étape suivante peuvent être différentes ; elles varient selon les options prises par les souffrants eux-mêmes, indépendamment du contexte interactionnel dans lequel ils se trouvent. Cela souligne la part active du souffrant dans la construction de son parcours et dans la redéfinition de son identité, laquelle est aussi le produit de ses perceptions et de sa volonté.

Le modèle suivant proposer de synthétiser la carrière en plusieurs étapes distinctes :

Réalité A

La réalité A constitue la vie quotidienne telle qu'elle existe à un moment donné, dans un contexte précis. Elle «se présente elle-même comme une réalité interprétée par les hommes et possédant pour ces derniers un sens de manière subjective, en tant que monde cohérent » (Berger et Luckman, 1966[2018], p. 66)

1)

Des contextes en mutation
Processus progressif

L'étape 1 fait référence à la période durant laquelle les souffrants subissent des pressions progressives dans leur vie, tant professionnelle que privée. La problématique professionnelle s'intensifie jusqu'à l'apparition de troubles physiques. Peu à peu, une perte de confiance s'installe, laquelle prend principalement source dans des conflits de rôles tant sur le

[32] Se référer à la p.16 de la revue de littérature.

lieu de travail que dans la sphère privée. L'accumulation de charges à laquelle les souffrants sont confrontés vient nourrir leur besoin de bienfaire et d'être reconnus, dans une organisation qui marque le décalage entre ce que les souffrants souhaitent « être », et ce qu'ils sont (dans un contexte précis).

2)

Effondrement des certitudes
Rupture biographique

L'étape 2 concerne l'effondrement caractérisé une perte de maîtrise totale sur les éléments qui entourent les souffrants. Elle marque la rupture avec le quotidien tel que vécu par eux jusqu'à ce jour. L'effondrement dû au burn out est un événement suffisamment lourd pour provoquer un « reset » – une remise à jour – des contenus jusqu'alors considérés comme intrinsèquement liés aux souffrants.

3)

Processus de resocialisation
Prise en charge et soutien social

L'étape 3 constitue une étape importante dans le parcours du souffrant car c'est à ce moment-là qu'il est pris en charge par des professionnels de la santé et qu'il mobilise des ressources afin de recevoir le soutien dont il a besoin. Ce soutien s'articule autour de personnes clés qui vont l'aider dans sa redéfinition de lui-même – notamment par le travail thérapeutique/relation d'aide, quel qu'il soit. Le souffrant progresse sur sa route en fonction de la signification qu'il donne à l'événement, sens qui est partagé, sinon compris par ses autruis significatifs. « Ces autruis significatifs sont les guides qui mènent à la nouvelle réalité. Ils représentent la structure de plausibilité dans les rôles qu'ils jouent vis-à-vis de l'individu et médiatisent le nouveau monde pour l'individu » (Berger et Luckmann, 1966[2018], p. 250). Certains souffrants parlent d'une « nouvelle vie » qui commence.

4)

Maintenance d'un état
Processus interactif

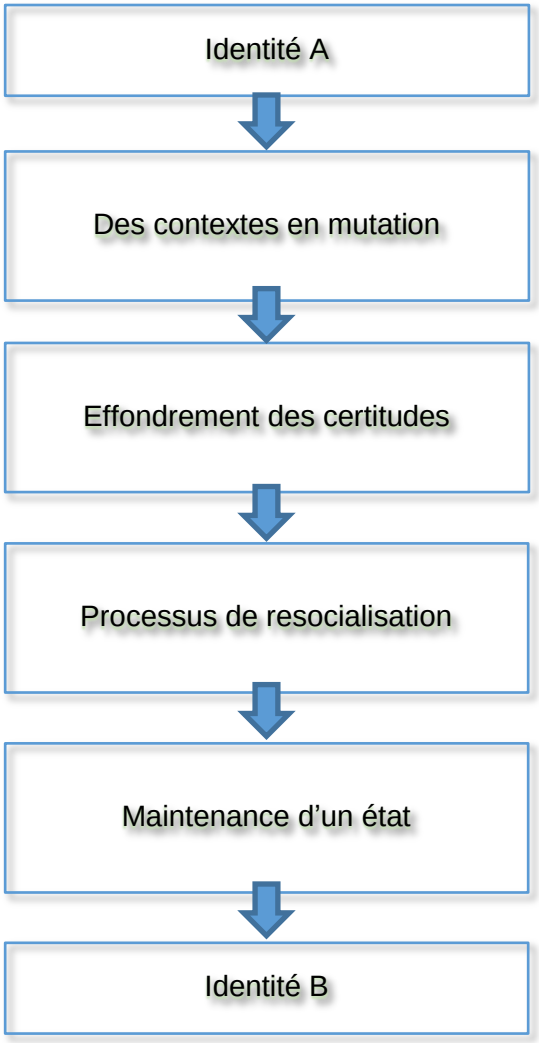
L'étape 4 s'apparente à une guérison, cependant ce terme ne semble pas approprié dans le cas des souffrants du burn out. Aucun d'eux ne mentionne « être débarrassé » de leur maladie au même titre que l'on se débarrasse d'une grippe ou d'une hépatite A. Ici, la guérison est davantage considérée comme un processus dynamique qui implique tant le souffrant, sa relation avec les autres, que sa relation avec la société. La nouvelle direction qu'il a définie pour sa vie, par nécessité et également par choix, suppose des interactions conti-

nues et tangibles avec un entourage qui le confirme dans ses nouveaux rôles. Cette étape lui impose de défendre son nouveau positionnement face aux déterminations et aux normes de la société, avec lesquelles il tente de prendre de la distance. L'expérience de la maladie et les cicatrices inhérentes à sa souffrance passée sont garantes d'un certain équilibre dans la mesure où elles agissent en tant qu'alertes internes pour ne pas retomber.

Réalité B

La réalité B constitue le quotidien tel que vécu par les souffrants au moment des entretiens. Cette nouvelle réalité leur permet de réinterpréter un événement traumatisant du passé, grâce à la connaissance qu'ils ont acquise subjectivement, qu'ils ont acquise par le biais de leur entourage, au sein d'une société de laquelle ils font toujours partie, mais différemment.

MODELE SYNTHETISE



CONCLUSION

J'ai tenté d'aborder le burn out sous l'angle de la théorie constructiviste en appréhendant la maladie comme une succession d'étapes vécues d'une manière plus ou moins identiques par les souffrants. Le postulat qui sous-tend cette approche exclut d'office le caractère naturel et individuel d'un fait social - ici le syndrome du burn out - et confère à l'événement une dimension sociale et hautement contextuelle. Le burn out serait dès lors une maladie qui s'inscrit dans un contexte particulier, en fonction des structures et des normes sociales en vigueur à une certaine époque et dans un certain lieu. Partant de cette idée, le burn out serait un mal social « passager » qui serait amené à évoluer au même rythme que la société dans laquelle il se déploie. La recherche effectuée auprès de souffrants du burn out a permis d'identifier des étapes clé dans l'évolution de la maladie, ce qui permet d'affirmer qu'il y a un « avant » et un « après » burn out, du moins pour les personnes rencontrées dans le cadre de cette étude. Un des biais de cette étude réside effectivement dans la sélection des répondants, lesquels devaient être « sortis » du pic de la maladie depuis au moins une année. Capables d'introspection par rapport à l'événement qu'ils ont traversé, les répondants ont, pour la grande majorité, la capacité de donner un sens à leur maladie passée et de progresser vers une redéfinition d'eux-mêmes bénéfique à leur équilibre. La construction de sens n'est pas un processus individuel, mais prend forme dans un échange constant avec une structure sociale à laquelle le souffrant s'identifie et qui le soutient dans son cheminement. Cette nouvelle *structure de plausibilité* permet au souffrant de reconstruire les bases de sa nouvelle identité et de se présenter tel qu'il *est* suite à sa rupture biographique.

En effet, le burn out est un événement suffisamment lourd pour provoquer une « remise à jour » des contenus jusqu'alors considérés comme faisant intrinsèquement partie des souffrants. Nous avons pu constater la force de la socialisation sur certains d'eux, lesquels ont intériorisé des éléments déterminants dans la poursuite de leur « carrière », tant privée que professionnelle. Les notions de responsabilité individuelle, d'exigence et de persévérance jalonnent le parcours des souffrants et impactent la manière dont ils habitent leurs différents rôles sociaux. Ces pressions internes couplées à un contexte contraignant, voire tyrannique, finissent par faire imploser les souffrants, lesquels portent parfois sur eux-mêmes un jugement moral tranché et dur. Cette notion de bien et de mal, parfois palpable dans certains récits, renvoie à l'enracinement profond de certaines normes et injonctions présentes chez les souffrants.

L'effondrement, caractéristique du parcours des souffrants, initie une période de transformations qui peut être apparentée à l'*alternation*, telle que présentée par Berger et Luck-

man (1966[2018]). Ce processus de resocialisation implique, comme nous l'avons vu, de nouvelles identifications de la part du souffrant, qui vont lui permettre de se reconstruire progressivement. L'approche théorique de Berger et Luckman (1966[2018]) me semble particulièrement pertinente dans le cadre de cette recherche, dans la mesure où elle permet une remise en question de la pertinence de la socialisation, plus particulièrement de la socialisation primaire de l'enfance. L'ensemble des récits des souffrants fait part d'une restructuration identitaire qui accompagne l'après burn out et qui renouvelle plus ou moins fortement la base de leurs croyances, sinon de leurs perceptions (d'eux-mêmes et de la société qui les entoure). Cette transformation à l'âge adulte n'est plus uniquement imposée par des déterminants externes (parents, famille, système éducatif, etc), mais provient d'un échange constant et sensé entre le souffrant, ses autruis significatifs, et la société dans laquelle il évolue. Nous sommes bel et bien dans une approche interactionniste dans la mesure où le souffrant se (re)construit et construit une réalité au travers de ses interactions avec les autres. C'est peut-être d'autant plus vrai dans le cas des souffrants du burn out, puisque le diagnostic du burn out n'est pas reconnu par la science médicale. Dès lors, les trajectoires des souffrants ne sont pas déterminées par des institutions préétablies - vu l'absence de consensus autour de la « maladie » - mais par les souffrants eux-mêmes, lesquels sont en relation continue avec des personnes significatives dans leur transformation (psychiatre, psychologue, thérapeute, amis, conjoint, enfant(s), nouvel employeur, etc).

L'aspect positif de cette approche est la part active laissée au souffrant dans la redéfinition de lui-même, suite à sa rupture biographique. Nous avons vu qu'il n'existe pas une carrière de burn out, mais plusieurs trajectoires qui pourtant évoluent selon un schéma similaire. La volonté individuelle est d'ailleurs mentionnée à plusieurs reprises dans les récits des souffrants, laquelle serait un facteur important de « guérison ». L'aspect plus critique de cette approche est la difficulté vécue par certains souffrants face au besoin d'affirmation de leur statut, aussi bien celui de malade que celui de non-malade. La non-reconnaissance institutionnelle de leur mal peut générer des questions sur la validité ce que qu'ils ressentent et sur la finalité de l'épisode traumatique. Le burn out, selon leur expérience, est bien réel, mais l'idée que la société s'en fait ne reflète pas leur réalité. Si l'entrée dans la maladie est marquée, dans tous les cas rencontrés, par un certificat médical d'arrêt de travail, il n'existe pas d'attestation de guérison, si ce n'est celle de se sentir à nouveau capable de travailler.

Deux questions se posent alors. Ne devrait-on pas considérer le burn out comme une étape dans la trajectoire de vie, au même titre par exemple que la puberté, que la naissance du premier enfant, ou le passage à la retraite ? La société contemporaine se devrait peut-être de prendre davantage en compte la rupture biographique vécue par un grand nombre de ses membres et d'aborder cette problématique au sens large (et non seulement au niveau du cadre professionnel). Si le burn out n'est pas une maladie, qu'est-il d'autre qu'une manifestation tangible face à un certain déterminisme social ? Le souffrant, de par son

effondrement, manifeste une volonté de se différencier vis à vis d'un modèle sociétal établi, et de se départir de la manière dont il a progressivement été façonné. La nouvelle vie quotidienne qu'il instaure après le burn out semble suivre de nouvelles prescriptions, fruits de sa redéfinition de lui-même et de ses interactions avec sa nouvelle base sociale.

D'où la deuxième question en lien avec ce constat : serait-il approprié d'institutionnaliser le burn out en tant que maladie, et plus précisément en tant que maladie professionnelle[33] ? Cette recherche tente à prouver le contraire, dans la mesure où le burn out serait une manifestation contextualisée, laquelle devrait être mise en relation avec un certain ordre social. Cet ordre social, aux yeux du constructivisme et de l'interactionnisme est promis à une évolution constante, entraînant avec elle une redéfinition des normes et prescriptions sociétales. Une étude anticipée sur la Génération Z nous permettra peut-être d'évaluer les contours futurs de notre société et d'estimer la survivance du burn out dans un contexte en mutation.

Au terme de ce travail, il est important de mentionner les limites de la recherche, lesquelles ne permettent pas la généralisation du modèle proposé à l'entier des personnes souffrant du burn out. Comme nous l'avons vu, les critères de sélection pour participer à l'étude ciblaient des répondants ayant recouvré leur capacité de réflexion par rapport à leur épisode de burn out. Ceux-ci se sentaient suffisamment forts pour relater un événement bouleversant de leur vie et lui donner un sens. Les répondants de l'étude sont aujourd'hui capables de se projeter dans l'avenir avec une confiance renouvelée, quand bien même celle-ci reste fragile. Par conséquent, le cadre de l'étude a certainement écarté les personnes qui n'ont pas trouvé de résolution à leur maladie et qui luttent pour s'en sortir. La limite temporelle imposée par le cursus du Master n'a pas permis de constituer un plus grand échantillon, lequel aurait permis de recruter deux « types » de souffrants : ceux qui progressent avec optimisme et ceux qui n'en sont pas capables. L'identification des facteurs incapacitants apporteraient des réponses supplémentaires à cette recherche et permettrait d'avoir une vue encore plus large de l'importance du contexte et de son impact sur le parcours de vie. A noter toutefois que l'instabilité émotionnelle tout comme la prégnance de certains symptômes physiques pourraient rendre l'exercice de l'entretien éprouvant et déroutant, ce qui ne serait pas souhaitable pour le souffrant, ni pour le chercheur. Ce travail permettra néanmoins d'ouvrir une réflexion plus large sur le burn out, en tant que phénomène faisant partie d'un ensemble plus étendu de faits sociaux, plutôt qu'uniquement lié à des conditions professionnelles.

[33] Se référer à l'initiative parlementaire de Mathias Reynars, conseiller national, déposée en mars 2018 : « Reconnaître le syndrome d'épuisement professionnel (burn-out) comme maladie professionnelle ».

BIBLIOGRAPHIE

Aneshensel C. S. (2013), Mental illness as a career: sociological perspectives, *Handbook of the sociology of mental illness,* Second edition, p. 603 – 620

Aneshensel C.S., (2015), Sociological inquiry into mental health; the legacy of Leonard I. Pearlin, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 56 (2), p. 166 – 178

Becker H.S., (1963 [1985]), *Outsiders*, *études de sociologie de la déviance*, Paris, A.-M. Métailié

Berger P. et Luckmann T. (1966[2018]), *La construction sociale de la réalité*, Malakoff, Armand Colin

Bianchi R, Schonfeld I.S., Laurent E. (2015), Burn out – depression overlap: a review, *Clinical psychology review*, 36, p. 28 – 41

Bianchi R., Truchot D, Laurent E., Brisson R., Shonefeld I.S, (2014), Is burn out solely job-related? A critical comment, *Scandinavian Journal of Psychology*, 55, p. 357 - 361

Bianchi R., Schonfeld I.S, Laurent E. (2015), Is it time to consider the "burn out syndrome" a distinct illness?, *Frontiers in Public Health*, vol. 3, art.158, p. 1 – 3

Brühlmann T. (2010), Burn out et dépression – chevauchement, délimitation, *Forum Med Suisse*, 10 (8), p. 148 – 151

Conrad P. et Barker K. (2010), The social construction of illness: key insights et policy implications, *Journal of Health and Social Behavior*, 51(s), p. 67 – 79

Darmon M. (2008), La notion de carrière: un instrument interactionniste d'objectivation, *Politix*, 2, n°82, p. 149 – 167

Finzen A. (2017), Stigma and stigmatization within and beyond psychiatry, in *The stigma of mental illness – end of the story?,* Switzerland, Springer International Publishing, p. 29 – 42

Goffman E. (1961), *Asylums; essays on the social situation of mental patient and other inmates*, New York, Anchor books

Goffman E. (1963), *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit

Gove W. (2004), The career of the mentally ill: an integration of psychiatric, labeling/social construction, and lay perspectives, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 45, December, p. 357 – 375

Hacking I. (2008), *Entre science et réalité, la construction sociale de quoi ?* Paris, La Découverte

Hakanen J.J et Bakker A.B, (2016), Born and bred to burn out; a life-course view and reflections on job burn out, *Journal of occupational health psychology*, vol. 22, p. 353 – 364

Heinemann L.V. et Heinemann T. (2017), Burnout research: emergence and scientific investigation of a contested diagnosis, *Sage Open*, January-March, p. 1 – 12

Horwitz A.V., (2007), Transforming normality into pathology: the DSM and the outcomes of stressful social arrangements, Journal of Health and Social Behavior, vol. 48, September, p. 211 – 222

Kachka W.P, Korczak D., Broich K., (2011), Burn out: a fashionable diagnosis, *Deutsches Artzeblatt International*, 108 (46), p. 781 – 787

Korhonen M. et Komulainen K. (2018), The moral orders of work and health: a case of sick leave due to burn out, Sociology of Health, Vol xx, p. 1 – 15

Leone S.S., Wessely S., Huibers M.J.H., Knottnerus A.J., Kant I., (2011), Two sides of the same coin? On the history and phenomenology of chronic fatigue and burn out, *Psychology and Health*, 26:4, p. 449 – 464

Loriol M. (2012), *La construction du social, souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l'action publique*, Rennes, PUR

Loriol M. (2003), La construction sociale de la fatigue au travail : l'exemple du burn out des infirmières hospitalières, *Travail et Emploi*, n°94, p. 65 – 74

Loriol M. (2010), La construction sociale du stress : entre objectivation, subjectivité et régulations collectives des difficultés au travail, *Nouvelle revue de psychologie*, vol. 2, p. 111 - 124

Loriol M. (2014), Les sociologues et le stress, *La nouvelle revue du travail*, vol. 4, p. 1 – 17

Loriol M., Réflexions sur la notion de « construction sociale », Proposition pour le RTF 06 de l'AFS

Marvasti E. (2008), Interactional Constructionism, in *Handbook of Constructionist Research*, Ed. J. Holstein & J. Gubrium, New York, London, The Guildford Press

Mik-Meyer N. (2014), The social negociation of illness: doctors' role as clinical of political in diagnosing patients with medically unexplained symptoms, Social Theory & Health, p. 1 – 16

Pearlin L.I (2010), The life course and the stress process: some conceptual comparisons, *Journal of Gerontoloty: Social Sciences*, 65B (2), p. 207 – 215

Pearlin L.I. (2017), The sociological study of stress, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 30, N° 3, p. 241 – 256

Sicot F. (2006), La maladie mentale, quel objet pour la sociologie, *Médecine & Hygiène*, vol. 30, p. 203 – 232

Thoits P.A (1985), Self-labelling process in mental illness: The role of emotional deviance, *The American Journal of Sociology*, 91, 221-249

Thomas W. (1923), *The unadjusted girl; with cases and standpoint for behavior analysis,* Boston, Brown and company

Zawieja P. (2016), *Le burn out*, Paris, PUF