

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

N° 150

T H E S E

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de PSYCHIATRIE)

par

Alexandre REZVANI
né le *14/12/1981* à *Montreuil (93)*

Présentée et soutenue publiquement le *9 octobre 2012*

L'ADDICTION AU TRAVAIL
Le travail : du plaisir à la souffrance

Président : Monsieur le Professeur Jean-Luc VENISSE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Marie GRALL-BRONNEC

Composition du jury

Président

Monsieur le Professeur Jean-Luc VENISSE

Directrice de thèse

Madame le Docteur Marie GRALL-BRONNEC

Membres du jury

Madame le Professeur Dominique PENNEAU-FONTBONNE

Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE

Madame le Docteur Leila MORET

Table des matières

Introduction	9
--------------------	---

1ère PARTIE : CADRE THEORIQUE..... 11

I / LES ADDICTIONS : Généralités 12

1. Définitions.....	12
2. Approches explicatives des addictions.....	14
a) Point de vue psychanalytique	14
• <i>Les contributions de Freud</i>	14
• <i>Le courant post-freudien</i>	14
• <i>Addiction et angoisse de séparation</i>	15
• <i>Addiction, défaut d'élaboration et agir</i>	16
• <i>L'apport de Lacan</i>	16
b) Point de vue systémique	17
c) Point de vue cognitivo-comportemental	18
d) Point de vue neurobiologique	19
e) Approche intégrative : le modèle biopsychosocial.....	19
3. Addiction et société.....	20
a) Addiction et religion	20
b) Les conduites ordaliques	20
c) Entre liberté et aliénation	21
d) L'addiction : une pathologie des sociétés post-modernes ?	21

II/ LE TRAVAIL : définition et évolution des conceptions 22

1. Le travail comme aliénation	23
2. Le travail comme moyen d'émancipation	25

III / L'ADDICTION AU TRAVAIL 27

1. Origines et évolution du concept.....	27
a) Les « névroses du dimanche »	27
b) Le travail comme « refuge » défensif ?	28
c) Le « workaholique »	29
2. Le workaholisme : quelle(s) définition(s) ?	30
a) Les premières définitions	30
b) Le modèle de Spence et Robbins	30
c) Le modèle de Scott, Moore & Micelli	31
d) Le modèle de Robinson	32

e)	Autres modèles	33
3.	Du workaholisme à l'addiction au travail : éléments cliniques	33
4.	Addiction au travail : quelle place dans le DSM-V ?	35
5.	Epidémiologie	35
a)	Prévalence	35
b)	Incidence	36
c)	Sex-ratio	36
d)	Professions les plus exposées	37
6.	Les conséquences de l'addiction au travail	37
a)	Sur l'individu	38
•	<i>Plaintes somatiques diverses</i>	38
•	<i>Le Karoshi</i>	38
•	<i>Le burn-out syndrome (ou syndrome d'épuisement professionnel)</i>	39
•	<i>Suicides et tentatives de suicide</i>	40
•	<i>Le stress</i>	41
•	<i>Le harcèlement moral au travail</i>	41
•	<i>Polyaddictions : addiction au travail ou addiction et travail ?</i>	42
b)	Sur la famille	43
•	<i>Les conjoints</i>	44
•	<i>Les enfants</i>	44
c)	Sur l'environnement de travail	45
7.	Echelles d'évaluation diagnostique	46
a)	Le WART (Work Addiction Risk Test)	46
b)	Autres échelles	46
8.	Approches explicatives	47
a)	Les facteurs individuels	47
•	<i>Approche Psychodynamique</i>	47
-	<i>Fragilité narcissique et quête de reconnaissance par le travail</i>	47
-	<i>Le travail comme « procédé auto calmant »</i>	48
-	<i>Travail et angoisse de mort</i>	49
-	<i>Travail et conflits œdipiens</i>	49
•	<i>Approche cognitivo-comportementale</i>	50
-	<i>La faible estime de soi</i>	50
-	<i>Workaholisme et personnalités</i>	50
-	<i>Workaholisme et modèles du stress</i>	51
-	<i>Workaholisme et modèle REBT</i>	52
b)	Facteurs liés à l'objet de l'addiction : le travail	52
•	<i>« L'auto accélération » au travail (52)</i>	53
•	<i>L'influence des nouvelles formes de management</i>	54
-	<i>Du taylorisme à la flexibilité</i>	54
-	<i>Paradoxes de l'autonomie et doubles liens</i>	54
-	<i>Idéaux managériaux et fantasmes de toute puissance</i>	55
-	<i>L'influence des techniques d'évaluation</i>	56

c)	Facteurs liés à l'environnement	57
•	<i>Au niveau familial</i>	57
–	<i>Le travail comme fuite du quotidien</i>	57
–	<i>La reproduction d'un modèle parental</i>	57
•	<i>Au niveau du contexte socio-culturel</i>	58
–	<i>Individualisme et dépassement de soi</i>	58
–	<i>La valorisation du travail et du modèle de l'entreprise</i>	59
–	<i>La mutation du rapport au temps et l'influence des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC)</i>	60
9.	Ce qui n'est pas « addiction au travail »	61
a)	Rappel terminologique sur l'hyperactivité professionnelle	61
b)	La passion au travail	62
c)	Hyperactivité professionnelle liée uniquement à des causes extérieures	62
d)	Hyperactivité professionnelle à la lumière d'autres champs nosographiques	65
•	<i>L'hypomanie et les états maniaques</i>	63
•	<i>Trouble et personnalité obsessionnelle-compulsive</i>	63
10.	Éléments de prise en charge	63
a)	Le travail de la demande et la question du motif de consultation	64
b)	L'arrêt de travail	64
c)	Principales approches psychothérapeutiques	65
•	<i>L'approche motivationnelle</i>	65
•	<i>Approche cognitivo- comportementale</i>	65
•	<i>Approche en psychodynamique du travail</i>	66
•	<i>Approche familiale et systémique</i>	67
d)	Les groupes d'entraide	67
e)	La place du médecin du travail	67
f)	La prise en charge des comorbidités	68

2^{ème} PARTIE : ILLUSTRATIONS CLINIQUES..... 69

I/ Remarques préliminaires..... 70

II/ 1^{ère} vignette : Mr B, 45 ans : « remettre vite le couvercle et repartir »..... 71

1.	Observation médicale	71
2.	Réflexion diagnostique	78
3.	Hypothèses psychopathologiques	81
4.	Éléments de prise en charge	83

III/ 2^{ème} vignette clinique : Mr T, 43 ans : « mon maitre mot: l'efficience ! »	84
1. Observation médicale	84
2. Réflexion diagnostique	89
3. Hypothèses psychopathologiques	90
4. Eléments de prise en charge	92
IV/ Discussion des cas cliniques	93
<u>3ème PARTIE: ENQUETE SUR L'ADDICTION AU TRAVAIL</u>	
<u>AUPRES D'UNE POPULATION DE MEDECINS</u>	
<u>HOSPITALIERS.....</u>	94
I/ Introduction.....	95
II/ Objectifs de l'enquête	96
III/ Matériels et méthodes.....	97
1. Sujets.....	97
2. Instruments d'évaluation	97
3. Procédure	99
4. Analyse statistique	99
IV/ Résultats.....	99
1. Description de l'échantillon global.....	99
2. Facteurs liés à l'addiction au travail.....	106
3. Principaux commentaires libres.....	108
V/ Discussion	108
VI/ Perspectives	111
VII/ Conclusion.....	112

4^{ème} PARTIE: DISCUSSION ET PERSPECTIVES 113

I/ L'addiction au travail : un sujet polémique? 114

1. Le coaching et la dérive hygiéniste..... 114
2. Quelle place pour les partenaires sociaux ? 116

II/ Le WART : une échelle d'évaluation adaptée ?..... 117

III/ Quelques pistes de réflexion : le travail au carrefour d'autres conduites à risque d'addiction ? 119

1. Travail et sport: même combat? 119
2. Le travail dans le monde de la finance : le cas particulier des traders..... 121

Conclusion 122

BIBLIOGRAPHIE 125

ANNEXES 129

- Critères de l'addiction selon Goodman 130
- Auto-questionnaire d'évaluation de l'addiction au travail (WART) 131
- Questionnaire dit de Karasek 134

« Écoute, le travail a pris toute mon existence. Peu à peu, il m'a volé ma mère, ma femme, tout ce que j'aime. C'est le germe apporté dans le crâne, qui mange la cervelle, qui envahit le tronc, qui ronge le corps entier [...]. »

Emile Zola, *L'œuvre*, 1886

Introduction

L'addiction au travail, est un concept relativement récent. Son émergence ces dernières années fait écho à l'intérêt croissant porté sur l'étude des addictions dites comportementales (jeu pathologique, hyperactivité sportive, usage problématique d'Internet, troubles du comportement alimentaire, etc...). Cette liste est non exhaustive, l'addiction étant définie par le type de relation à l'objet et non par l'objet lui-même.

En parallèle, alors que traditionnellement la clinique médicale abordait les pathologies liées au travail sous l'angle de la santé physique, le champ de la souffrance psychique au travail et les multiples pathologies qui lui sont associées (harcèlement, burn-out, suicide, etc...) font l'objet d'une attention croissante. Elles occupent de plus en plus le devant de la scène, notamment sur le plan médiatique, alimentant de nombreux débats et devenant un enjeu social, voire politique important, dans un contexte de mutations socio-économiques des sociétés occidentales.

Pourtant, au cours de l'histoire, le travail a été considéré à la fois comme une source de souffrance et d'aliénation (comme en témoigne son étymologie *trepalium* qui signifie « instrument de torture »), mais aussi comme un moyen de libération, d'autonomie et d'accomplissement de soi, voire comme une source de plaisir.

Ce sujet se situe donc à la fois à l'intersection du champ des addictions et de la souffrance psychique au travail, mais également de la psychiatrie, de la médecine du travail, et de la sociologie.

De ce fait, plusieurs questions se posent et sont à l'origine du choix de notre travail de thèse. Tout d'abord, qu'entend-on par addiction au travail ? Quels sont les modèles et bases théoriques qui sous-tendent ce concept ? Quelle place occupe le travail dans le déclenchement de ce trouble ? Quel est le rôle des transformations sociétales observées ces dernières années dans les pays occidentaux (mondialisation économique, essor du néolibéralisme, développement des nouvelles technologies de communication, etc...) ? Quelle est la part des facteurs individuels, des fragilités personnelles et quels en sont les ressorts ?

Par ailleurs, qui sont ces patients souffrant d'addiction au travail ? Quelle est la fréquence de ce trouble et il y a-t-il des professions plus exposées que d'autres ? On peut aussi se

questionner sur la réalité observée en pratique clinique quotidienne par les divers professionnels impliqués (psychiatres, addictologues, médecins du travail, etc...) ?

Enfin, quelles sont les spécificités et points communs de ce trouble avec les autres addictions connues (avec ou sans produit), et où se situe t'il parmi les autres pathologies liées au travail ?

La première partie de cette thèse propose donc d'établir un cadre théorique par l'intermédiaire d'une revue de la littérature traitant de ce sujet. Elle aborde dans un premiers temps les fondements historiques et conceptuels de l'addiction et du travail, puis les différents modèles théoriques et psychopathologiques de l'addiction au travail, les données épidémiologiques actuelles, ainsi que les axes de prise en charge possibles.

La deuxième partie a pour but d'illustrer cette problématique par l'intermédiaire de deux cas cliniques, visant à discuter l'existence d'une addiction au travail chez des patients.

La troisième partie exposera les résultats d'une enquête effectuée dans le cadre de cette thèse, auprès d'une population (considérée comme à risque d'addiction au travail) de médecins hospitaliers exerçant au CHU de Nantes. Cette enquête est basée sur la passation de deux auto-questionnaires d'évaluation : le WART¹ pour l'addiction au travail, et le questionnaire de Karazek pour l'évaluation des contraintes psychosociales au travail. Le but est de déterminer le pourcentage de médecins interrogés considérés comme addicts au travail selon le WART, et d'établir les variables associées à cette addiction dans cette population (caractéristiques sociodémographiques, catégories professionnelles, recours à des substances psychoactives dans le cadre du travail, et les trois dimensions du modèle de Karasek: l'autonomie, les exigences du travail, et le soutien social dans l'entreprise).

Enfin, la dernière partie expose les éléments prêtant à discussion, en particulier le caractère polémique de ce concept du fait notamment de ses intrications socio-politiques, et les pistes de réflexion ouvrant sur d'autres aspects n'ayant pu être traités dans cette thèse.

¹ Work Addiction Risk Test

1ère PARTIE : CADRE THEORIQUE

I / LES ADDICTIONS : Généralités

1. Définitions

Le terme addiction provient du latin *addictus*², terme juridique issu du droit romain ancien et utilisé en Europe occidentale jusqu'au Moyen-âge, pour désigner le droit que possédait un plaignant sur son débiteur pour le contraindre par le corps. L'addiction correspondait alors à un arrêt du juge donnant au plaignant le « droit de disposer à son profit de la personne même d'un débiteur défaillant ». Il s'agissait donc d'un esclave pour dette, dont le corps est donné en gage pour un temps donné en règlement d'une dette non payée.

En France, le terme a été plus tardivement utilisé que dans les pays anglo-saxons, en remplaçant progressivement celui de toxicomanie qui renvoyait à la notion de produit (ou de toxique, de poison), pour ainsi l'élargir à celle de comportement (qu'il s'agisse du comportement de consommation d'une substance psychoactive, ou des addictions sans drogue telles que le jeu pathologique par exemple). Son intérêt est de ne pas définir l'addiction uniquement par son objet, ou de la limiter à la seule dimension biologique d'un toxique. D'ailleurs, « les toxicomanies sans drogue » ont été définies dès 1945 par Fenichel comme « les tentatives infructueuses de maîtriser la culpabilité, la dépression ou l'angoisse par l'activité » (1).

Actuellement, trois grands types de comportements addictifs sont reconnus par la communauté scientifique et repris dans les classifications internationales nosographiques que sont la CIM-10³ et le DSM IV-TR⁴ (cf. annexes). Ils sortent du modèle du « tout ou rien », et introduisent le concept d'un continuum entre l'usage non problématique et la dépendance.

On distingue ainsi :

- L'usage : il peut être simple ou occasionnel, et dans ce cas le comportement n'a pas de caractère pathologique et ne provoquent pas de dommages, l'usager étant seulement en contact avec le produit ou l'objet du comportement. Il peut être à risque, c'est à dire susceptible d'entraîner des dommages dans certaines circonstances (conduite en état

² Du verbe *addicere* (*ad-dicere*) : donner à, attribuer à quelqu'un.

³ Classification Internationale des Maladies de l'OMS, 10^{ème} édition, 1993

⁴ Manuel Diagnostique et Statistiques des troubles mentaux de l'APA (American Psychiatric Association, 4^{ème} édition révisée, 1994)

d'ébriété par exemple) ou au delà d'une certaine quantité (comme celles fixées par l'OMS pour l'alcool).

- L'usage nocif (CIM-10) ou l'abus (DSM IV-TR) : il y a ici l'existence de dommages et de complications sur le plan physique, psychique, social, familial, ou encore juridique.
- La dépendance : qui peut se résumer selon la formule de Fouquet⁵ concernant l'alcoolisme par « l'impossibilité de s'abstenir de consommer ». On distingue la dépendance psychique, qui se traduit notamment par le phénomène de craving (recherche compulsive de la substance, contre la raison et la volonté, expression d'une envie majeure et plus ou moins contrôlable), et la dépendance physique (qui n'est pas obligatoire pour porter le diagnostic, et renvoi à la notion de pharmacodépendance) caractérisée par le phénomène de tolérance et le syndrome de sevrage.

Néanmoins, alors que les critères de dépendance à une substance sont rangés au chapitre « Troubles liés à l'utilisation d'une substance » (DSM IV-TR), les addictions comportementales se retrouvent dans d'autres catégories (« Troubles des conduites alimentaire » pour l'anorexie et la boulimie, ou encore « Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs » pour le jeu pathologique).

Les critères de Goodman (2) définis en 1990 (initialement au sujet de l'addiction sexuelle), permettent une synthèse en définissant un cadre unique à toutes les addictions, et en estompant les différences entre la dépendance aux produits psycho actifs et les addictions sans produits (cf. annexe). Ils sont composés de quatre critères majeurs et de neuf critères mineurs (dont au moins cinq doivent être retrouvés), répétés sur une période prolongée ou persistant depuis au moins un mois. L'addiction se caractérise alors par un comportement susceptible de procurer du plaisir et de soulager les affects pénibles, utilisé d'une manière qui donne lieu à deux symptômes clés :

- L'impossibilité répétée de contrôler un comportement
- La poursuite du comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

Ces critères sont actuellement utilisés comme référence dans tous les travaux en addictologie.

⁵P. Fouquet (1913-1998), médecin français, fondateur de la société française d'alcoologie.

2. Approches explicatives des addictions

Nous allons à présent présenter les principaux éléments explicatifs de la problématique addictive, apportés par les différents courants théoriques, dans la perspective d'une conception plurifactorielle de ces troubles.

a) Point de vue psychanalytique

- ***Les contributions de Freud***

On retrouve de nombreux apports de Freud (qui avait été lui-même consommateur de cocaïne), bien qu'il n'ait pas écrit de textes traitant directement de ce sujet. Il aborde l'addiction comme un « substitut de la jouissance sexuelle manquante »(3), un moyen de renouer avec la toute-puissance infantile, en soulignant la régression vers l'oralité et la recherche d'un objet permanent. Dans *Dostoïevski et le parricide* en 1928, il considère la passion pour le jeu comme une séquence en deux temps, avec tout d'abord le rêve du gain qui renvoie à cette régression vers la toute-puissance infantile, (c'est à dire au niveau œdipien, au meurtre imaginaire du père et à la possession de la mère), puis un deuxième temps où le sujet se punit à travers la réalité de la perte. Il repère le caractère sédatif et anesthésiant des drogues, moyen pour lui d'éviter la souffrance et de « se soustraire au fardeau de la réalité »(4) quand les défenses psychiques sont débordées. A noter également l'apport de la notion de compulsion de répétition que l'on retrouve dans *Au-delà du principe de plaisir* en 1920, et qui fait écho à certaines conduites addictives.

Ferenczi, élève de Freud, aborda la question du traumatisme réel et de la dimension perverse sadomasochiste dans l'étiopathogénie des addictions.

- ***Le courant post-freudien***

Mélanie Klein évoqua, quant à elle, la non résolution de la position dépressive, où l'enfant ne dispose pas d'un bon objet interne du fait d'une mauvaise introjection de l'objet maternel, et ne peut donc vivre psychiquement différent et séparé d'elle, ce qui provoque des angoisses

d'abandon et des fantasmes de destructivité vis-à-vis de l'objet. Il n'arrive donc pas à constituer d'autoérotismes permettant l'apaisement des tensions internes lors des moments d'absence de la mère, et la constitution d'une capacité d'attendre et de différer la satisfaction. C'est aussi ce que Winnicott développa à travers les concepts de « capacité d'être seul en présence de l'objet maternel », « d'espace et d'objet transitionnel », qui aident à mieux comprendre « l'économie psychique fragile qui sous-tend la capacité du bébé à sortir de sa dépendance totale et à gagner son indépendance »(5).

Ces éléments sont repris par McDougall pour qui, la « solution addictive » consiste à transformer une souffrance psychique liée à des figures parentales défailtantes en un « néo-besoin » somatique. Mais cette solution n'est que temporaire, et constitue un « objet transitoire »(6).

L'addiction pourrait ainsi trouver son origine dans le cadre des troubles de l'attachement décrit par Bowlby et Ainsworth, (qui parlent d'attachement insécure, évitant ou ambivalent), qui sont liés aux premières interactions entre la mère et le bébé et aux premiers processus de séparation.

- ***Addiction et angoisse de séparation***

Le deuxième temps du processus de séparation-individuation (décrit par Blos et également par Jeammet) se situe à l'adolescence, qui va être un véritable révélateur des fragilités antérieures jusque-là plus ou moins compensées ou contenues par le statut de l'enfance. Seules de solides assises narcissiques (on parle de capital narcissique de base) peuvent permettre de donner un sens aux bouleversements pubertaires, de colmater les failles liées à l'abandon des sentiments de toute puissance du monde de l'enfance, et de se confronter au monde extérieur. Dans le cas contraire, les adolescents sont confrontés à une véritable impasse, car tiraillés entre leur revendication d'autonomie et la dépendance à leur entourage proche (Jeammet parle « d'antagonisme narcissico-objectal » (7)). On est donc ici dans le cadre d'une pathologie du lien, avec une fragilité des assises narcissiques.

- ***Addiction, défaut d'élaboration et agir***

De ce point de vue, l'addiction serait le résultat d'une incapacité à élaborer l'angoisse de séparation, et constituerait alors un mode de protection contre ces angoisses. Elle permettrait en effet une jouissance possible à travers la rencontre avec un objet, en dehors de toute relation interpersonnelle, donnant à l'individu l'impression d'éviter la confrontation au sentiment de rejet, car il n'est plus tributaire du désir de l'autre et de la déception que celui-ci pourrait occasionner. La difficulté de séparation n'est ainsi pas élaborée, mais contournée. Cette difficulté d'élaboration, d'introjection, provoque une mise en acte répétée de fantasmes d'incorporation⁶ dans le réel, permettant une décharge de l'angoisse et de la tension interne. Le fonctionnement addictif permet de contre investir une réalité interne défailante par un surinvestissement du monde perceptivo-moteur. Avec sa fonction anti-pensée et d'évitement de l'élaboration, il protège des risques de débordement liés aux enjeux relationnels et émotionnels. On retrouve alors un appauvrissement de la vie imaginaire et fantasmatique, qui peut s'exprimer cliniquement par l'alexithymie.

- ***L'apport de Lacan***

On ne retrouve pas chez Lacan de textes traitant spécifiquement des addictions, mais plusieurs développements dans son œuvre enrichissent la réflexion. On pense notamment au concept de « complexe de sevrage » (8), qui renvoie à l'état initial de dépendance et de fusion du nouveau-né avec sa mère du fait du traumatisme archaïque de la naissance et d'une maturation encore insuffisante de l'appareil psychique. Ce dernier va être amené au cours de son développement à se séparer de cet état, en passant notamment par le « stade du miroir » (9) permettant au nourrisson de se différencier de l'extérieur et de reconnaître son moi en une unité psychique et corporelle. Les conduites addictives visent donc à retrouver cet état originel, cette jouissance, où les frontières du moi et de l'extérieur sont abolies, et à mettre de côté la vie psychique et fantasmatique du sujet, ainsi que la problématique de séparation.

⁶ Décrits par M. TOROK et N. ABRAHAM dans « Deuil et mélancolie : introjecter-incorporer » en référence au texte de Ferenczi de 1909 sur les deuils traumatique. Les fantasmes d'incorporation surviendraient lors de l'échec du travail d'introjection lors de deuil ou de perte impossible à élaborer.

Finalement, ces conduites addictives représentent un compromis acrobatique entre revendication d'autonomie et nécessité de l'esclavage de la dépendance (au prix d'un déni de la réalité et de la représentation de cette dépendance). On parle aussi d'auto-traitement de substitution d'une dépendance à l'entourage proche inélaborable.

b) Point de vue systémique

Dans la conception systémique, le patient addict est souvent le garant de l'homéostasie familiale, c'est-à-dire un stabilisateur permettant d'éviter des conflits intrafamiliaux pouvant être destructeurs.

Au niveau transgénérationnel, des deuils traumatiques ou des secrets non élaborés dans l'histoire familiale peuvent faire émerger des pratiques addictives chez tel ou tel représentant de la génération suivante. De ce fait, il est souvent retrouvé une « généalogie de la dépendance » (décrit par Colle), avec des difficultés d'individuation de l'adolescent en lien avec une séparation inachevée des parents avec leurs propres parents. On a alors un télescopage, un « court-circuit générationnel » (décrit par Angel et Chaltiel) avec une parentification des enfants. Les familles à transaction addictive sont ainsi décrites comme dysfonctionnelles, avec une interchangeabilité des rôles et places de chacun. Au niveau du couple, ceci peut être révélateur de la difficulté à assumer la phase dite du « nid vide », c'est à dire du moment où les enfants quittent le domicile de leur parents.

Par ailleurs, certaines mythologies familiales sont fréquemment retrouvées, telles que le mythe du pardon (qui confère une valeur sacrificielle de la conduite addictive pour l'ensemble de la famille), le mythe de la marginalité (lois bafouées par l'ensemble de la famille, structures familiales transgressives) ou encore celui de l'harmonie familiale (couple parental idéal, bonne entente dans la famille avant l'apparition de l'addiction chez l'enfant).

Des fantasmes d'endogamie sont parfois présents, avec les liens du couple qui seraient indéfectibles des liens du sang (comme si l'homme devait être pour sa femme un père, un frère ou un fils). Dans certains cas, on peut même retrouver des familles dites à transaction incestuelle, voire des passages à l'acte incestueux du fait de la dédifférenciation des barrières générationnelles.

c) Point de vue cognitivo-comportemental

Selon ce modèle, basé notamment sur la théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1977), la conduite de dépendance est initiée lors de la rencontre entre l'individu et le produit, par l'influence de modèles (parents, groupe de pairs) qui sont imités. Ainsi, l'observation du comportement d'autrui fait émerger des émotions et des cognitions, induisant l'ajustement du comportement du sujet et l'anticipation des conséquences.

La conduite addictive est entretenue par la mise en jeu de conditionnements qui peuvent être de deux types :

- Conditionnement opérant : le sujet aura tendance à répéter le comportement appris, pour favoriser la survenue de conséquences positives ou agréables, ou pour supprimer les conséquences négatives ou désagréables (on parle de feed-back). On parle de renforcement positif ou négatif. Le stimulus est ici interne à l'individu.
- Conditionnement répondant (ou Pavlovien) : un stimulus neutre (qui n'entraîne pas de réponse particulière) associé à un stimulus inconditionnel (qui provoque à lui seul une réponse inconditionnelle), devient stimulus conditionnel et va entraîner la même réponse que le stimulus inconditionnel. On parle de réflexes conditionnels. C'est ce que l'on retrouve au niveau des rituels ou habitudes des personnes addictes. Le stimulus est ici extérieur à l'individu.

Par ailleurs, de nombreux modèles cognitifs ont été élaborés à partir de ces théories (notamment le modèle de Beck(10) construit initialement pour l'alcool-dépendance mais généralisable aux autres addictions), où il y a également intervention de distorsions cognitives, de croyances (anticipatoires, permissives, ...), de biais d'interprétation et d'illusion de contrôle.

On peut également noter l'apport des théories de Peele (1975) concernant en particulier les stratégies de coping. L'addiction peut être vue ici comme une stratégie d'adaptation du sujet confronté à une faible estime de lui-même. Néanmoins, de part ces dommages et conséquences négatives, l'addiction renforce la faible estime de soi et induit ainsi un renforcement de cette conduite et un cercle vicieux.

d) Point de vue neurobiologique

Le développement récent de la neuro-imagerie fonctionnelle et de la biologie moléculaire ont permis d'enrichir les éléments explicatifs des mécanismes neurobiologiques de l'addiction.

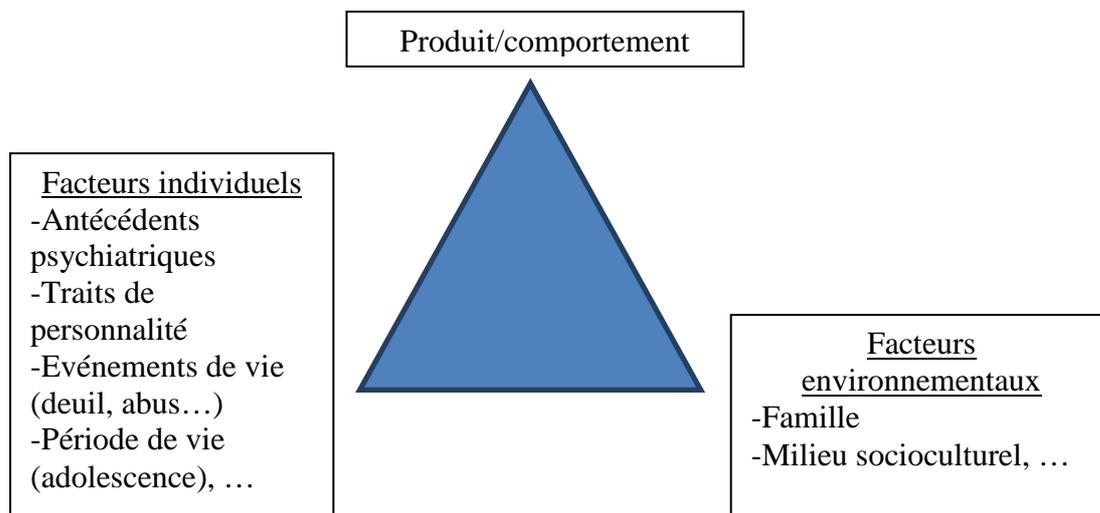
On sait en effet que le circuit mesocorticolimbique dopaminergique, appelé système de récompense est mis en jeu, avec des projections de neurones dopaminergiques en provenance de l'aire tegmentale ventrale et à destination des ganglions de la base (noyau accubens) et du cortex frontal. Par la suite, des modifications à long terme de la plasticité neuronale au niveau de ces structures entretiendraient ce système.

Cette voie, qui serait en réalité une voie finale commune serait en étroite relation avec le système opioïde endogène et le système cortico-surrénalien qui pourrait être le *primum movens*.

e) Approche intégrative : le modèle biopsychosocial

Synthétisant les approches biomédicales et psychosociales et psychopathologiques, il est représenté par la conception d'Olievenstein, pour qui la toxicomanie est « *la rencontre d'un produit, d'une personne, et d'une circonstance ou d'un moment socioculturel* » (11), ce qui peut également s'appliquer à l'ensemble des processus addictifs. Il est souvent représenté par un triangle (dit d'Olievenstein, cf. schéma ci-dessous).

Ce sont donc les interactions et les résonances complexes et multiples entre ces trois variables qui pourront favoriser ou non l'apparition d'une addiction. Ce modèle permet donc de souligner la pluralité des facteurs étio-pathogéniques possiblement impliqués dans l'émergence comme dans l'entretien d'une conduite addictive, qui n'est donc pas défini uniquement par le produit ou le comportement.



Au-delà de ces modèles et considérations psychopathologiques, l'addiction est en étroite interaction avec les évolutions sociétales, notamment sur les interdits et normes fixés, la morale ou encore la liberté individuelle.

3. Addiction et société

a) Addiction et religion

La question de l'addiction a été à l'origine traitée par la morale et la religion, dans le sens où elle a été posée en termes de vice ou de refrènement et de maintien de soi. L'excès d'alcool, de drogues, de jeu, de sexe, etc..., a ainsi été considéré comme un péché, un gaspillage du don divin et une conduite répréhensible. Les drogues (au sens large) furent en effet vues comme un moyen d'accéder au sacré, d'interpeller les puissances supérieures, et de sortir de soi. Ce sont donc les prêtres (puis les médecins qui effectuaient un art sacré) qui avaient pour tâches de recommander ou d'interdire, de prescrire ou de proscrire leur usage. La prohibition des drogues tient donc initialement à ce lien avec le sacré, et à l'interdit de leur usage en dehors du cadre prescrit par la religion. De nombreux philosophes grecs (comme Platon, ou ceux appartenant au mouvement stoïcien), valorisaient le contrôle de soi, la modération, à l'opposé de ces sources de plaisir pouvant devenir incontrôlables.

b) Les conduites ordaliques

Les réflexions autour des addictions peuvent également s'articuler à travers le concept de conduites ordaliques développé par Valleur (12). L'ordalie désigne en effet « toute épreuve juridique usitée, dans le Moyen Age sous le nom de jugement de Dieu ». La conduite ordalique peut ainsi être définie comme le fait pour le sujet de s'engager de façon plus ou moins répétitive dans des épreuves comportant un risque mortel, et dont l'issue ne doit pas être prévisible. Le fantasme ordalique serait alors le fait de s'en remettre à l'autre, au hasard, au destin, pour le maîtriser ou en être l'élu, et par sa survie, prouver tout son droit à la vie, sinon son caractère exceptionnel, voire son immortalité. Cette conduite ordalique comporte donc deux aspects : celui de se soumettre au destin, mais aussi de tenter de reprendre contrôle sur sa vie, de la maîtriser. Le risque devient donc choisi et non plus subi, avec un sentiment d'emprise sur la situation. L'ordalie correspond également à un appel à la loi du fait du caractère transgressif de la prise de risque, comme si le sujet se plaçait au-dessus de toute

règle, de toute convention. Il faut également noter l'existence d'un gradient ordalique au sein des conduites addictives (la transgression et la prise de risque étant plus importantes dans l'héroïnomanie que dans le tabagisme par exemple).

c) Entre liberté et aliénation

Les addictions renvoient également à la problématique de l'aliénation et de la liberté individuelle. En effet, la liberté de consommer des substances psychoactives peut rapidement se transformer en une aliénation, au sens où l'individu peut devenir dépendant, esclave du produit, ne pouvant plus choisir d'arrêter de l'utiliser, ou au prix d'une souffrance liée à l'état de manque. Ainsi, retrouver la liberté de s'abstenir peut impliquer le renoncement à la liberté de consommer. C'est ainsi que Olievenstein parlait de « démocratie psychique » (11), c'est-à-dire d'accès à une « liberté de deuxième niveau » permettant de conserver le choix de s'engager ou non dans une conduite potentiellement addictogène.

d) L'addiction : une pathologie des sociétés post-modernes ?

Les sociétés dites « hypermodernes » ou « postmodernes » ont émergé en Europe occidentale et en Amérique du Nord au cours des années 70. Elles ont succédé aux sociétés « classiques » de l'Antiquité fondées sur la juste mesure, où l'homme accomplissait ses potentialités dans le respect de l'ordre et des limites d'un monde fini, et aux sociétés « modernes » issues des Lumières, sous tendues par l'idée de progrès, de raison, censée représenter une émancipation pour l'humanité.

Elles sont caractérisées par une injonction au dépassement constant de soi et des limites, par une abolition des frontières, un effritement des structures institutionnelles d'encadrement social, et un déclin des idéaux politiques et religieux.

De nombreux sociologues tels qu'Ehrenberg (13), considèrent que les addictions sont une réponse aux nouvelles normes des sociétés occidentales post-modernes ou hypermodernes, qui demandent toujours plus de prises de responsabilités, d'action et d'initiative personnelle, avec des niveaux d'exigence et d'autonomie pouvant être insupportables pour les individus. En effet, nous serions passés d'une société de la culpabilité, des conflits et des désirs interdits, à celle où le possible serait illimité mais immaîtrisable, avec une tension extrême entre les offres de consommations débordantes et l'exigence d'auto-contrôle. Ainsi, « la dépression et

l'addiction sont les noms donnés à l'immaîtrisable quand il ne s'agit plus de conquérir sa liberté, mais de devenir soi et de prendre l'initiative d'agir ». Pour Castel, il y a une « bipolarisation de l'individualisme contemporain » avec un clivage entre un individu par « excès » et « par défaut »(14). Ainsi, l'addiction permettrait une survie par la fuite, notamment contre la dépression, l'insuffisance. Mais elle serait prise dans une contradiction car à la fois implicitement encouragée, mais également contrôlée, et prohibée.

Quoi qu'il en soit les conduites de l'excès sont inhérentes à l'existence humaine, le danger étant de les rendre pathologiques en elles-mêmes. Les limites se trouveraient donc du côté des dommages subis, de la place que prendrait l'addiction au dépend de tous les autres champs de la vie, et de la poursuite de la conduite malgré les conséquences négatives.

La problématique qui se pose à l'issue de cette première partie est donc de savoir si le concept d'addiction au travail peut s'intégrer aux éléments de définition ou aux caractéristiques psychopathologiques des addictions évoqués ci-dessus.

Préalablement, il convient de revenir sur la définition et les principales conceptions du travail dans l'histoire de la société occidentale.

II/ LE TRAVAIL : définition et évolution des conceptions

La notion de travail est, en elle-même, difficile à définir. Dans le dictionnaire *Le Grand Robert*, il s'agit de « l'ensemble des activités humaines (manuelles et/ou intellectuelles) organisées, coordonnées, en vue de produire ce qui est utile ». Etymologiquement, le terme provient du latin *trepalium* qui signifie « instrument de torture » (le *tripalus* étant une machine formée de trois pieux pour le ferrage des boeufs). De même, dans la *Genèse*, le travail est présenté comme un châtiment divin qui acquiert un caractère pénible du fait du péché originel d'Adam et d'Eve, comme en témoigne la célèbre formule biblique « *tu gagneras le pain à la sueur de ton front*⁷ ». A l'opposé, le travail est de nos jours particulièrement valorisé et considéré comme un symbole de la liberté et de l'affirmation de soi.

⁷ *La Genèse*, chapitre III, verset 19

Ce chapitre a pour objectif de faire un bref rappel de l'évolution des différentes conceptions occidentales du travail, vécu à la fois comme aliénation et comme source de liberté individuelle.

1. Le travail comme aliénation

Dans la Grèce antique, le travail avait une connotation péjorative, car était lié à l'esclavage. En effet, la finalité du travail était la satisfaction des besoins essentiels du corps, l'homme étant esclave de son propre corps. Le travail était ainsi méprisé, car il détournait l'individu de l'activité de la pensée. Cette activité servile était donc réservée aux esclaves, alors que les activités plus nobles, telles que la vie politique, et la philosophie étaient réservées aux maîtres.

Ceci était notamment repris par Aristote dans *La Politique* (IV^{ème} siècle av J.-C). Il y distinguait :

- la *praxis*, activité qui est une fin en soi, qui vise à sa propre fin,
- et la *poiesis*, qui est une production au service d'une autre, qui n'est donc pas une fin mais un moyen.

Dans ce contexte, le travail n'était pas une *praxis* mais une *poiesis*, car on ne travaillait pas pour travailler mais pour vivre, se nourrir, s'habiller, etc...

Par ailleurs, pour Aristote, ce travail était exécuté par l'esclave car ce dernier, sous l'asservissement de sa nature animale, n'était pas capable d'être raisonnable, de s'affranchir de ses désirs ou de ses passions. Il se soumettait donc aux ordres du maître, qui était raisonnable et décidait de ce qui était bon ou mauvais.

Dans la Rome antique, les philosophes stoïciens, tels que Sénèque, décrivent des hommes absorbés par leurs activités quotidiennes, mus par la soif de réputation et l'appât du gain. Ils les nommèrent les *occupati*⁸, qui étaient à l'opposé du mode de vie centré sur la contemplation, l'étude, et le loisir⁹, dont les stoïciens faisaient l'éloge.

⁸ Les affairés, occupés.

⁹ Du latin *otium*, antonyme de *negotium* qui signifie les affaires.

Au XVIIIème siècle, dans *Le Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes* (1755), Rousseau a montré que la tendance naturelle de l'homme relève davantage de la paresse et de l'oisiveté. L'homme primitif n'a pas besoin de travailler la terre car celle-ci le fait spontanément. Ce n'est que du fait de l'accroissement démographique et de l'amointrissement des ressources naturelles, qu'il a été obligé de produire plus par son travail. Il y a alors passage d'une économie de subsistance à une économie de production, où les hommes se mirent à produire au-delà de leurs besoins et se disputèrent la possession du surplus. En parallèle, ce travail (de la terre) fonde pour Rousseau le droit à la propriété privée, ce qui génère automatiquement de l'inégalité parmi les hommes (car les parcelles de terre sont plus ou moins fertiles). L'homme devient donc dépendant des ressources appropriées par autrui, c'est-à-dire en quelque sorte esclave d'un maître.

Dans le prolongement de ces idées, Marx dans les *Manuscrits de 1844* et *Le Capital* (1857-1894), critiqua la division et le morcellement du travail au sein du système capitaliste, où l'ouvrier, réduit à un simple rouage, est employé pour des tâches limitées et partielles. Il est donc dépossédé du produit de son travail, car il lui échappe aussitôt qu'il est créé. Le travailleur est ainsi aliéné, déshumanisé, avec une perte de son individualité et un appauvrissement de son monde interne. Son travail, souvent monotone, rapide et épuisant, ne laisse aucune place à une libre activité de son corps ou de sa pensée.

L'homme serait également incapable de fuir le travail car il lui permet d'échapper à l'ennui. C'est ainsi qu'en se rapprochant de la conception de Pascal sur le divertissement, Nietzsche, dans *Humain, trop Humain* (1878), apporte le point de vue selon lequel le travail est porteur de repères indispensables qui structurent notre vie et que l'homme ne peut donc échapper à son emprise.

Au XXème siècle, Hannah Arendt dans *Condition de l'homme moderne* (1957) proposa une distinction entre l'œuvre et le travail. L'œuvre, réalisée par l'*Homo faber*¹⁰, est une fin en soi, et laisse une trace dans la société. Elle caractérise l'humanité et la liberté potentielle de chaque homme. A l'opposé, le travail, réalisé par l'*animal laborans*, est une contrainte imposée de l'extérieur. Il est cyclique, épuisant, lié au besoin biologique qui n'a jamais de fin.

¹⁰ l'artisan

Il aliène donc l'homme en l'enfermant dans son corps, le rendant dépendant de ce dernier et le renvoyant à son animalité.

Or, Hannah Arendt considéra que dans la société moderne de consommation, il y a une disparition de plus en plus importante de l'œuvre au profit du travail, avec une impossibilité à échapper à ce dernier, car les besoins reviennent de façon perpétuelle, et les objets produits sont obsolètes, c'est à dire à durée de vie limitée.

En 1970, dans *La Société de consommation*, Baudrillard considéra que l'aliénation dépasse le cadre du travail pour s'exercer même dans nos moments de loisirs. En effet, ces derniers sont rares, arrachés au travail, et il s'agit donc de rentabiliser ce temps précieux. Ainsi, la logique comptable, la quête de productivité dans le travail investit également ces temps de loisir, contribuant à l'effacement des frontières entre la vie professionnelle et la vie privée.

Plus récemment en France, Méda considère que malgré les aménagements récents subis par le travail, celui restera toujours le fait de quelques-uns et non le fait de tous. Le travail (qu'il soit organisé par le marché ou par l'état) ne peut donc être une activité autonome, il trouvera toujours sa propre fin en dehors de lui, et ne pourra donc jamais être pensé sur le modèle de l'œuvre d'art. Il est par ailleurs parvenu à un tel niveau de complexité qu'il n'appartiendrait plus à l'homme, mais s'imposerait à lui en tant qu'entité fonctionnelle extérieure.

A l'opposé, d'autres conceptions philosophiques ou sociologiques font émerger le travail comme un facteur de libération et d'autonomie pour l'homme, lui permettant ainsi son épanouissement personnel.

2. Le travail comme moyen d'émancipation

Un des premiers tournants a eu lieu après la réforme protestante de Luther et Calvin à la fin du Moyen Age. A la différence de la tradition judéo chrétienne qui voyait le travail comme un labeur pénible, loin de la vie monastique et spirituelle, l'éthique protestante l'éleva au même rang, en l'inscrivant dans le prolongement du travail de Dieu. Selon le sociologue Max Weber, cette réforme a posé les bases de l'essor du capitalisme dans les pays occidentaux.

Au XVIIIème siècle, notamment avec Diderot, le travail devient une façon de devenir soi-même car il favorise une réconciliation entre le bonheur et la nécessité. Pour Kant, le travail est un devoir moral qui permet à l'homme de s'affranchir de ses besoins primaires, de s'éloigner de sa condition animale, et de mettre ses talents au service de la collectivité. Il lui permet d'être maître de lui-même en se libérant de l'emprise de ses désirs et de ses pulsions naturelles. C'est aussi un moyen pour lui de cultiver ses capacités, de développer son humanité et son estime de lui-même. Ainsi, la paresse, l'oisiveté sont des vices, et le repos n'a sa place qu'après le travail. Kierkegaard se rapprocha de cette conception, en plaçant le travail comme un moyen de sortir du monde de l'imaginaire et de la contemplation de l'esthète, et d'affronter l'épreuve de la réalité.

Mais c'est surtout au début du XIXème siècle avec Hegel et la dialectique du maître et de l'esclave dans la *Phénoménologie de l'esprit* (1807), que le travail décrit comme source de libération prend toute sa place. Il y expliqua que le maître se contente de jouir passivement du travail de l'esclave, et qu'il est donc paradoxalement dépendant de ce dernier. A l'inverse, l'esclave par son travail, devient maître de son corps et de son esprit. Il apprend à ne pas être dans la jouissance complète, et à refréner ses désirs. Il peut donc s'arracher à sa condition animale et devenir plus humain. Il extériorise sa conscience et ses projets dans le monde, et acquiert progressivement une autonomie (même si elle n'est que partielle).

Pour l'économiste Adam Smith, c'est la division du travail à cause des échanges qu'elle implique qui permet à l'homme de s'émanciper, et d'être indépendant. Le travail permet l'établissement de liens sociaux, et une indépendance financière pour l'individu. De plus, on ne risque plus d'être dépendant de quelqu'un en particulier car chacun dépend de tout le monde. Le lien social devient synonyme de lien marchand. La division permet également une augmentation de la productivité, et le travail devient une source d'opulence pour toute la société. Il devient l'étalon pour fixer le coût des produits (on parle de valeur travail). Ainsi, l'homme devient riche en fonction de la quantité de travail qu'il peut acheter, et cette richesse est source de pouvoir.

De nos jours, dans les sociétés dites de « service » dans les pays occidentaux, le travail prend davantage une forme immatérielle, et il est possible pour le travailleur de redevenir pleinement autonome dans le fait de pouvoir concevoir, gérer et surveiller de façon globale, la bonne marche d'un processus.

Pour conclure, on retrouve donc de nombreux rapprochements entre le concept d'addiction et celui de travail, depuis leur étymologie respective, en passant par la notion de perte de subjectivité, l'appauvrissement de la pensée, la fuite de l'existence, et jusqu'au tiraillement entre esclavage, dépendance, et autonomie.

Il convient à présent de tenter de définir l'addiction au travail, en partant des origines du concept, et en essayant de mettre en avant les principaux signes cliniques retrouvés, à partir d'une revue de la littérature scientifique.

III / L'ADDICTION AU TRAVAIL

1. Origines et évolution du concept

Depuis quand remonte la notion d'addiction au travail ? Comme nous allons le voir, bien qu'il s'agisse d'un concept relativement récent, on retrouve dès le début du XX^{ème} siècle certains écrits psychanalytiques qui évoquent des observations se rapprochant de la clinique addictive actuelle.

a) Les « névroses du dimanche »

C'est en 1919 que Ferenczi, dans son texte « *Les névroses du dimanche* », s'est attaché à décrire la symptomatologie liée à l'interruption de l'activité professionnelle le dimanche et lors des vacances, moment où les censures et pression extérieures retombent. Il évoque des troubles à expression somatique (céphalées, frissons, troubles gastro-intestinaux), mais aussi un vécu « d'ennui chargé de tension » péniblement ressenti, voire un effondrement dépressif de l'humeur, « qui gâchait complètement le seul jour libre de la semaine ». Il s'agissait en quelque sorte d'une « tendance autopunitive », masochiste, qui empêche la personne de pouvoir se distraire, comme dans une forme de « paresse avec mauvaise conscience » (15).

Karl Abraham reprenait ces éléments dans « *Remarques à propos de la communication de Ferenczi sur « Les névroses du dimanche »* ». Il parle de l'existence, chez certaines personnes, d'un investissement démesuré dans le travail, dont les performances dépassent

largement ce qui est objectivement utile. Ceci leur permettrait de se protéger de manifestations névrotiques graves, par un refoulement pulsionnel qui les détournerait des exigences de leur libido. Néanmoins, cet équilibre psychique péniblement maintenu est perdu lors des périodes de congés, provoquant l'apparition de symptômes névrotiques, notamment par conversion. Mais dès la reprise du travail, ces patients se sentent aussitôt soulagés. Pour certains d'entre eux, « le dimanche rappelle désagréablement l'immobilité de leur propre vie pulsionnelle, en particulier leur inaptitude à se rapprocher de l'autre sexe » (16). La passivité, l'absence d'effort, entraîne l'émergence d'une angoisse de castration liée à des désirs homosexuels inconscients.

On retrouve donc dès cette période des éléments pouvant évoquer la notion de tolérance ou encore de sevrage, dans le cadre de problématiques narcissiques et névrotiques.

b) Le travail comme « refuge » défensif ?

Les constatations évoquées ci-dessus peuvent faire évoquer la dynamique sublimatoire du travail, décrite par Freud, c'est-à-dire la possibilité de « transférer les composantes narcissiques, agressives, voire érotiques de la libido dans le travail professionnel et les relations sociales qu'il implique » (4). La pulsion est alors dite sublimée, dans la mesure où elle est « dérivée vers un but non sexuel, et où elle vise des objets socialement valorisés, dans un contexte donné » (17). Le travail a ainsi une fonction humanisant et une valeur structurante dans la société. Mais cette sublimation s'exerce essentiellement quand l'activité professionnelle est librement choisie, laissant un espace d'initiative aménageable par le sujet et respectant son fonctionnement psychique. Elle permet alors à l'individu d'affirmer son existence dans la société, de tendre vers un accès au bonheur et d'échapper à sa souffrance personnelle. Mais pour Freud, ceci ne concerne qu'une minorité de personnes, la majorité ne travaillant que par nécessité, « les hommes n'aimant pas spontanément le travail » (18).

Par ailleurs, en 1945, Otto Fenichel, en parlant de ces travailleurs acharnés, considère que ce type de rapport au travail, « tentative infructueuse de maîtriser la culpabilité, la dépression et l'angoisse par l'activité », relève davantage d'un mécanisme de formation réactionnelle, c'est-à-dire de la « formation d'un contre investissement qui exclurait les pulsions du développement de la personnalité », car le « retour du refoulé est toujours à craindre » (1). Il s'agit d'une défense particulièrement retrouvée dans les névroses obsessionnelles, avec

l'expression d'attitudes opposées à un désir refoulé (par exemple, la pudeur qui s'oppose à des tendances exhibitionnistes).

Néanmoins, aucune théorisation n'a pu mettre en évidence un mécanisme de défense spécifique qui soit relatif au travail. En outre, la distinction entre formation réactionnelle et sublimation reste floue, et les frontières mal limitées au sein des travaux freudiens et post-freudiens (17).

c) Le « workaholique »

Ce n'est que plusieurs dizaines d'années plus tard, que l'intérêt sur ces « bourreaux de travail » refait surface, en particulier aux Etats-Unis avec l'émergence du terme « workaholique ». Ce dernier, apparaît pour la première fois dans le vocabulaire américain en 1971, à l'occasion de la sortie d'un livre intitulé « *Confessions d'un workaholique* » (19). L'auteur, Oates, écrivain américain, publie ici un livre autobiographique, où il raconte la place occupée par le travail dans sa vie, sa dépendance aux activités professionnelles, à l'origine de ses déboires amicaux et conjugaux. Il se décrit en effet progressivement malheureux, peu à peu laissé pour compte par ses collègues et amis, et voit sa santé mentale et physique se dégrader. Pour lui, cette dépendance évoque alors en de nombreux points celle à l'alcool¹¹, d'où le néologisme utilisé « workaholism ». Dans les pays francophones, on retrouve plusieurs autres néologismes qui en dérivent, tels que « boulomanie », ou encore « ergomanie »¹² au Québec.

C'est donc essentiellement dans les sociétés occidentales, où une progression de l'hyperactivisme professionnel a été mise en évidence depuis une dizaine d'années, que ce concept a récemment émergé. Depuis, les travaux se multiplient (Robinson et Burke aux USA, Schaufeli aux Pays Bas, Hosokawa et Kawato au Japon, Snir et Zohar en Israel, etc...). En France, les recherches en psychodynamique du travail, notamment à travers les travaux de Dejours contribue à éclairer ce concept.

Nous allons donc essayer de reprendre dans la suite de cet exposé, les éléments cliniques associés à ce tableau.

¹¹ *Alcohol* en anglais

¹² Du grec *ergon* qui signifie travail, et manie qui renvoie à l'idée d'obsession.

2. Le workaholisme : quelle(s) définition(s) ?

Une des premières problématiques qui se pose à nous est l'absence de consensus autour de la notion de workaholisme. En effet, actuellement, les définitions du workaholisme sont nombreuses, divergentes, et les approches pour étudier ce concept sont multiples. De plus, la nosologie psychiatrique actuelle ne reconnaît pas ce trouble en tant qu'entité clinique.

a) Les premières définitions

Elles mentionnaient (20) :

- un temps de travail hebdomadaire supérieur ou égal à 50 heures,
- et/ou une attitude consistant à travailler et à penser au travail plus que ne l'exigeait l'emploi.

Néanmoins, le point de vue est ici uniquement quantitatif et est donc apparu insuffisant car l'hyperinvestissement dans le travail a également une composante qualitative et subjective.

b) Le modèle de Spence et Robbins

En 1992, Spence et Robbins associent trois critères afin de caractériser les workaholiques (21):

- L'investissement, l'implication dans le travail (*work involvement*).
- La tendance compulsive à travailler (*feeling driven to work*).
- La satisfaction, le plaisir éprouvé au travail (*work enjoyment*).

Ils distinguent donc (cf. tableau 1) :

- Les workaholiques enthousiastes qui ont des scores élevés dans les trois composantes.
- Les workaholiques qui ont une forte implication, une tendance compulsive, mais une faible satisfaction au travail.
- Les travailleurs non workaholiques qui peuvent être enthousiastes, désengagés, détendus, ou désenchantés, mais qui n'entretiennent pas de relations pathologiques à leur travail.

Tableau 1: catégories des workaholiques selon Spence & Robbins (1992)

	<i>Plaisir</i>	<i>Investissement</i>	<i>Compulsion</i>
Workaholique	Non	Oui	Oui
Workaholique enthousiaste	Oui	Oui	Oui
Travailleur enthousiaste	Oui	Oui	Non
Travailleur désengagé	Non	Non	Non
Travailleur détendu	Oui	Non	Non
Travailleur désenchanté	Non	Non	Oui

c) Le modèle de Scott, Moore & Micelli

En 1997, Scott, Moore & Micelli définissent le workaholique par :

- Un temps excessif consacré aux activités professionnelles, au détriment de toute autre activité.
- Le fait de penser en permanence et exclusivement au travail, en dehors de tout contexte professionnel.
- Un travail répondant à une tendance compulsive individuelle, et non à des exigences externes.

Ils décrivent ainsi trois types de workaholiques (22) :

- Le compulsif-dépendant : il présente des traits se rapprochant du trouble obsessionnel compulsif. Il sait que son comportement est excessif, mais essaye de supprimer ou contrôler ses pensées à travers le travail, malgré les répercussions négatives sur son quotidien.
- Le perfectionniste : il écarte tout loisir au profit du travail, présente des traits de personnalité obsessionnelle et compulsive, avec une rigidité, une inflexibilité, ainsi qu'un goût du détail et du contrôle.
- Le travailleur « réussite », ou orienté vers l'accomplissement: cette forme est perçue comme positive, rejoignant les travaux antérieurs de Machlowitz (qui avait envisagé le

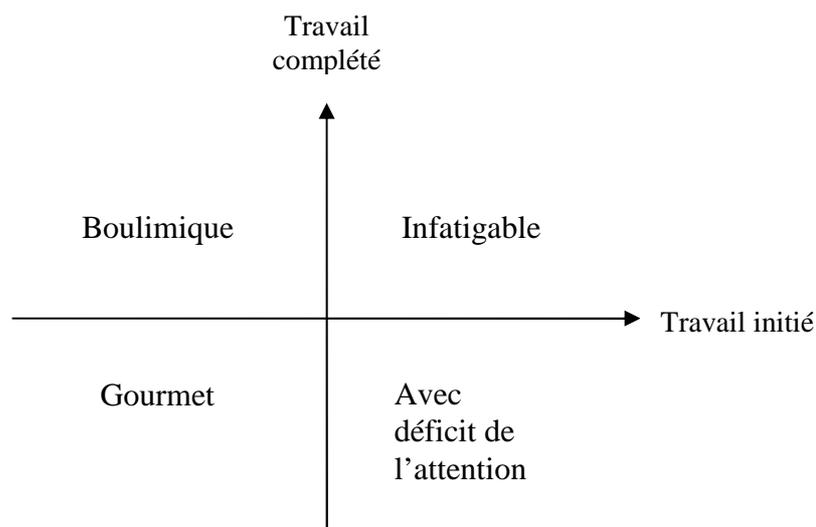
workaholisme comme un phénomène pouvant être constructif, n'entraînant pas de dommages, et permettant au travailleur d'être récompensé) (23). Le sujet est en quête de compétition, de succès, et est très apprécié par son entourage professionnel.

d) Le modèle de Robinson

En 1996, Robinson propose une catégorisation des workaholiques, basée sur la quantité de travail initié et la quantité de travail terminé. Il décrit alors les quatre types de profil ci-dessous (24):

- L'infatigable : il initie et termine une grande quantité de travail. Il ne connaît aucun répit, travaille compulsivement sans temps mort (jours et nuits, vacances et week end).
- Le boulimique : il initie peu de travail, a tendance à la procrastination (souvent par peur de l'échec, ou faible estime de soi même), en alternance avec une frénésie à terminer le travail, notamment lorsqu'il est « au pied du mur ».
- Avec déficit de l'attention : il initie beaucoup de travail, mais s'ennuie vite, recherche une satisfaction immédiate, passe d'un travail à l'autre, et n'arrive pas à mener à terme les nombreux projets.
- Le gourmet, qui se caractérise par sa méticulosité, sa lenteur et son caractère méthodique. Il initie peu et termine peu de travail.

Figure 1: typologies des workaholiques selon Robinson (2000)



Cette typologie est actuellement la plus utilisée. Le point de vue de Robinson est plus proche d'une conception addictive du workaholisme. Le rapprochement du « travailleur boulimique » avec le trouble du comportement alimentaire portant le même nom est

également à signaler. Par ailleurs, Robinson est l'auteur d'une échelle d'évaluation que nous détaillerons par la suite, la WART (Work Addiction Risk Test), visant à apprécier le degré de dépendance au travail. Il a essentiellement axé ses théories sur les conséquences négatives du workaholisme sur le quotidien, rappelant également le rôle de la société occidentale et des nouvelles technologies.

e) Autres modèles

On peut également citer les travaux de Naughton, qui prend en compte deux facteurs constitutifs du workaholisme : l'engagement au travail et l'obsession compulsive. Il en déduit quatre catégories de patients (investi dans son travail, compulsif, non workaholique compulsif, et non workaholique) (25).

Il existe ainsi de multiples définitions et modèles descriptifs que nous ne détaillerons pas ici.

Les typologies présentées ci-dessus décrivent donc des entités cliniques contrastées, pouvant évoquer soit des troubles proches d'une addiction, soit du trouble obsessionnel compulsif, ou encore de troubles de la personnalité. Elles contribuent ainsi au flou de cette entité, certaines d'entre elles se recoupant, d'autres n'ayant qu'un lien indirect ou faible avec l'addiction. Ceci ne fait que souligner la difficulté retrouvée pour définir le workaholisme. Néanmoins, les différents auteurs semblent s'accorder sur le fait que ce n'est pas tant le nombre d'heures travaillées que l'attitude et la nature du lien vis-à-vis de l'objet travail qui distingue le workaholique d'un autre travailleur.

3. Du workaholisme à l'addiction au travail : éléments cliniques

Plusieurs auteurs considèrent que les workaholiques présentent les symptômes habituels de l'addiction. Ainsi, Griffiths, définit une personne addictive au travail à partir des six critères suivants (26):

- Le travail est l'activité centrale de la vie du sujet. Il domine sa pensée, ses sentiments et ses comportements, au détriment d'autres centres d'intérêts (famille, loisirs, vie sociale...)
- La personne présente un plaisir, un soulagement, un sentiment de bien-être et d'évasion au moment du travail.

- Le conflit, qui peut être interindividuel (avec les collègues de travail), et intrapsychique (sensation de perte de contrôle).
- L'existence d'un phénomène de tolérance, à savoir la nécessité d'augmenter la quantité de travail pour atteindre l'état émotionnel recherché.
- La présence d'un syndrome de sevrage psychique et physique à l'arrêt du travail (repos, arrêt de travail, vacances, week end, etc...).
- La rechute, avec un échec répété des tentatives de régulation de la charge de travail, pouvant alterner avec des périodes de contrôle.

En France, de nombreux auteurs font référence à la définition qui intègre le workaholisme dans une perspective addictive.

Ainsi, l'addiction au travail est définie comme une « relation pathologique, egodystonique, du sujet à son travail, et caractérisée par une compulsion à lui consacrer toujours plus de temps et d'énergie. Il s'agit d'un phénomène durable, en dépit des conséquences négatives sur la santé physique ou la vie sociale » (26).

Pour Ades et Lejoyeux (27), le sujet présente une véritable contrainte comportementale conduisant à travailler sans interruption, et lui interdisant tout repos et toute détente.

Hautefeuille (28) reprend ces éléments en évoquant le sentiment d'être contraint d'augmenter sa charge de travail au détriment d'autres activités, le phénomène de centration sur le travail, et la perte de liberté de s'abstenir de travailler.

Les personnes addictes au travail soulignent leur échec répété à contrôler la dimension temporelle de leur implication dans le travail, malgré la prise de conscience des effets délétères sur leur santé et leur vie de famille. Elles mentionnent leur vécu de « manque » lors des interruptions d'activité (29).

Enfin Valleur et Valéa (30) insistent sur la notion d'hyperinvestissement au travail, sur l'esprit de compétition et le culte de l'entreprise de ces travailleurs, la difficulté à bénéficier de moments de détente, et sur les effets négatifs de cette addiction (stress, négligence de la vie familiale, etc...).

On constate donc que l'ensemble des éléments décrits ci-dessus sont susceptibles de converger et d'intégrer le workaholisme dans le champ des addictions. On constate également plusieurs rapprochements avec les critères de Goodman, qui font aujourd'hui consensus pour définir les addictions, notamment comportementales.

4. Addiction au travail : quelle place dans le DSM-V ?

La prochaine (et cinquième) édition du DSM¹³ élaborée par l'APA¹⁴ est actuellement en cours de préparation, et sa publication est prévue pour mai 2013. Elle remplacera la quatrième édition du DSM-IV datant de 1994 et révisée en 2000. Une version préliminaire est en ligne depuis 2009.

Parmi les modifications apportées (visibles pour le public sur le site dsm5.org), certaines concernent le champ des addictions. On note en effet l'apparition de la catégorie « Troubles addictifs et de l'utilisation d'une substance »¹⁵. Cette dernière organise les troubles selon le type de substances (alcool, caféine, tabac, cannabis, opiacés, etc...) en distinguant à chaque fois l'usage, l'intoxication et l'effet de manque. Elle englobe également une forme d'addiction comportementale, le jeu pathologique, appartenant jusqu'à présent à la catégorie « Trouble du contrôle des impulsions ». Par ailleurs, l'addiction à Internet est citée dans la section III du DSM-V, appendice qui regroupe les « Troubles nécessitant des recherches plus approfondies » en vue d'une éventuelle intégration dans les prochaines éditions du manuel.

On ne retrouve donc à l'heure actuelle, aucune perspective d'intégration de l'addiction au travail dans la prochaine version du DSM-V. Ceci peut s'expliquer par l'absence de consensus clinique autour de ce concept qui est sous tendu par des modèles théoriques divers. A noter que certaines critiques retrouvées mettent en garde contre l'allongement de la liste des troubles, notamment au niveau des addictions, avec un risque de « pathologisation de l'existence et des choix de vie » (31).

5. Epidémiologie

a) Prévalence

Les taux de prévalence retrouvés dans les études sont très variables. Ceci est notamment dû aux multiples définitions et critères diagnostiques du workaholisme et à

¹³ Manuel Diagnostique et Statistiques des troubles mentaux

¹⁴ American Psychiatric Association

¹⁵ Substance Use and Addictive Disorders

l'absence de consensus dans ce domaine, mais également à des biais de sélection du fait des caractéristiques socioculturelles des populations étudiées.

Ainsi, dans une étude canadienne¹⁶ réalisée sur la population générale en 1998, on retrouvait un taux de prévalence de 27%. Une étude américaine (32), utilisant les critères de Spence et Robbins, retrouvait un taux de 23%.

Porter avançait lui le chiffre d'un employé sur quatre (33). Ces forts taux de prévalence peuvent s'expliquer par le fait que ces études ont été réalisées sur des populations diplômées et donc potentiellement à risque, ce qui constituerait un biais de recrutement.

Pour d'autres, le taux de prévalence repéré à partir de la WART serait de 5% de la population active américaine.

Il est important de noter que ce trouble est probablement sous diagnostiqué du fait d'une valorisation du travail dans les sociétés occidentales. En effet, un sujet workaholique ne cherchera pas à consulter en première intention. Ce n'est qu'aux stades des dommages et des conséquences négatives qu'il demandera à se faire aider.

b) Incidence

Il n'existe pas, jusqu'à ce jour, de chiffres permettant d'apprécier l'incidence de ce trouble dans la littérature.

c) Sex-ratio

La prédominance est essentiellement masculine (26), les femmes pouvant être « protégée » par le retour à des réalités concrètes telles que leur vie de famille ou la maternité. Ces dernières semblent néanmoins de plus en plus touchées (ce qui pourrait être expliqué par leur accession croissante à des postes à responsabilité). Des études retrouvent même un *sex-ratio* proche de 1/1 (34), ce qui irait à l'encontre de certaines idées reçues.

Selon une étude canadienne¹⁷, le workaholisme concernerait surtout des hommes, mariés ayant des jeunes enfants âgés de 5 à 14 ans.

¹⁶ Article paru en 2002 dans *Tendances Sociales Canadiennes* : « Déterminés à réussir – un portrait des bourreaux du travail au Canada ». Le chiffre est issu d'une enquête réalisée sur la population générale de canadien âgés de plus de 15 ans. Cette enquête est fondée sur la perception des répondants quant au fait d'être addict au travail ou non via la question « pensez-vous être bourreau au travail ? »

¹⁷ *ibid*

d) Professions les plus exposées

Les études de Killinger (cité par Charlot) (26) affirment que les professions libérales telles que les médecins, dentistes, avocats..., mais également les hommes d'église, ou les infirmières, correspondraient aux classes socioprofessionnelles les plus exposées à ce trouble. Ce dernier pourrait également se retrouver dans le cadre d'emplois non rémunérés (bénévolat). Mais les individus ayant des revenus élevés seraient davantage susceptibles de développer une dépendance au travail (prévalence de 38% pour ceux dont le revenu annuel est supérieur à 80.000 dollars). Hewlet et Luce constatent qu'il s'agit d'emplois à responsabilité, où les horaires peuvent être variables (heures supplémentaires) et la charge de travail imprévisible avec une nécessité de travailler dans l'urgence pour respecter les délais (35). Ils retrouvent également l'existence de déplacements professionnels fréquents, ou encore le besoin d'effectuer de nombreux rapports d'activité. De plus, ces professions sont souvent valorisées dans les sociétés occidentales, voir idéalisées. D'une manière générale, il s'agit de catégories socioprofessionnelles moyennes et supérieures (cadres d'entreprise par exemple) qui n'ont pas besoin de travailler au-delà des heures habituelles d'un point de vue strictement économique. De plus, il s'agit d'une sphère professionnelle où les facteurs organisationnels sont en interaction permanente avec les caractéristiques psychologiques individuelles.

On peut donc noter la variabilité du taux de prévalence du workaholisme en raison de l'absence de consensus clinique et diagnostique. Par ailleurs ce taux est probablement sous-évalué en raison du caractère socialement valorisé de l'addiction au travail. Enfin, les professions les plus touchées concernent essentiellement les postes à responsabilité, avec une charge de travail importante, un volume horaire variable et imprévisible, tels que les médecins, les avocats, ou encore les cadres des grandes entreprises.

6. Les conséquences de l'addiction au travail

« L'ivresse du travail ? C'est vrai que sa saoule très vite ! »
Jean Yann

Sur le plan évolutif, certains auteurs (tels que Fassel) ont décrits trois stades successifs dans l'addiction au travail (36) :

- Un premier stade où le sujet est constamment occupé par son activité professionnelle, et travaille régulièrement au-delà des heures qui lui sont imposées, ne prenant pas ses jours de congés. Ses pensées ne concernent alors que le travail. Les premières manifestations peuvent également être de l'ordre du perfectionnisme, les dossiers n'étant par exemple jamais assez travaillés ou complets au goût du sujet.
- Puis, un deuxième stade, où la vie personnelle du sujet est progressivement négligée, notamment les loisirs (devenus anxiogènes), et la vie familiale et sociale appauvrie.
- Et enfin un troisième stade, où l'on retrouve un retentissement personnel physique (céphalées, lombalgies, etc...) et psychique (dépression, burn out, etc...) marqué.

Nous allons donc détailler ici les principaux dommages potentiels de l'addiction au travail, en distinguant ceux en relation avec le sujet lui-même, ceux concernant la vie familiale, et ceux concernant l'organisation même du travail.

a) Sur l'individu

- ***Plaintes somatiques diverses***

On retrouve chez les workaholiques une fréquence plus élevée de plaintes physiques (37), certaines faisant référence au champ psychosomatique, telles l'asthénie, le syndrome de fatigue chronique, les céphalées, les troubles digestifs et cardiovasculaires ou encore la fibromyalgie. On observe également la présence de pathologies de surcharge telles que les troubles musculo-squelettiques (TMS), représentés par les lombosciatiques, tendinites de la coiffe des rotateurs, syndrome du canal carpien, etc...Il s'agit des pathologies les plus fréquentes dans le milieu professionnel (13% des salariés en France) (38). Leur pourcentage augmente aussi bien dans les métiers à pénibilité physique (travail à la chaîne, ...), que chez les employés de bureau, ou les cadres, ce qui apparaît paradoxal dans un contexte d'informatisation et d'automatisation des procédures.

- ***Le Karoshi***

Les premiers cas de Karoshi (du japonais *karo* « mort », et *shi* « excès de travail ») ont été décrits au Japon en 1969. Le terme a été introduit en 1982 par trois médecins japonais (Hosokawa, Tajiri, et Uehata), et correspond à des morts subites par accident cardio-

vasculaire (hémorragie cérébrale, arrêt cardiovasculaire) du fait d'un excès de travail (parfois jusqu'à 70 heures par semaine), d'un temps de sommeil insuffisant, et d'une mauvaise hygiène de vie générale, chez des personnes ne présentant aucun facteur de risque cardiovasculaire.

En 1994 au Japon, le nombre de morts par Karoshi a été estimé à 1000 personnes/an, soit 5% des victimes de troubles cardiovasculaires dans la tranche d'âge 25-59 ans. Ces chiffres sont actuellement très contestés et source de polémiques, d'autres études évoquant un chiffre de 10000 personnes/an (Kawato, 1992).

Il est reconnu comme maladie professionnelle au Japon depuis 1988 (un des critères d'imputabilité étant le temps de travail au cours de la semaine précédant le décès, soit 16h/j en moyenne). Il existe à ce jour 359 centres d'aide au Japon pour la prévention de cette pathologie.

Il a également été décrit aux Etats Unis sous le terme « American Karoshi »¹⁸, mais non reconnu par les autorités.

En France, plusieurs études épidémiologiques ont recherché ces dernières années des rapports entre les contraintes de l'organisation du travail, le stress au travail et les maladies cardiovasculaires. Ainsi la mortalité prématurée par infarctus du myocarde serait deux fois plus élevée chez les ouvriers que chez les cadres et trois fois et demi supérieur chez les employés (38).

- ***Le burn-out syndrome (ou syndrome d'épuisement professionnel)***

« Les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans 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. » (39).

C'est ainsi que Freudenberg, psychanalyste américain, introduit pour la première fois le concept de burn-out en 1974 en décrivant les symptômes observés chez le personnel soignant (infirmières, etc...) d'institutions prenant en charge des toxicomanes.

Il le conceptualise comme un état de fatigue ou de frustration lié à l'engagement pour une cause, un type de vie ou une relation qui n'a pas apporté la gratification attendue. Il s'agit notamment des professions ne produisant pas d'objets visibles (activités immatérielles) d'où

¹⁸ Article paru dans le *New Internationalist* en 2002.

des difficultés à obtenir reconnaissance et gratification. On parle également de « fatigue de compassion » notamment pour les professionnels de l'humanitaire ou du secourisme et des services d'urgence.

Le concept a été repris dans les travaux de psychologie sociale réalisés par Maslach entre 1976 et 1982, en l'étendant à d'autres professions. En effet, ce type de manifestation qui touchait auparavant les professions impliquant une relation d'aide et de soins tend à se propager à l'ensemble des activités de service qui sollicitent la participation émotionnelle des employés en vue de répondre à la demande du client ou de l'utilisateur.

Il a alors été décrit comme un processus long, cumulatif, et caractérisé par la triade :

- Épuisement émotionnel, et sentiment de vide intérieur, au centre du syndrome.
- Dépersonnalisation, avec une attitude au travail détachée, une relation interpersonnelle déshumanisée et cynique avec une perte d'empathie: le travail devient une routine avec une tendance à traiter les personnes comme des choses.
- Faible accomplissement personnel dans le travail du fait de l'épuisement et de la perte d'efficacité qui génère un sentiment d'incompétence.

Ce syndrome est également défini par l'absence de rôle curatif du repos, les symptômes réapparaissant dès les premiers instants de la reprise. Les conséquences peuvent être psychiques (dépression, anxiété) et physiques (migraines, troubles digestifs, maladies cardiovasculaires, douleurs ostéo-articulaires, ...). Il peut être mesuré par plusieurs échelles, telles que la MBI (Maslach Burn-out Inventory). De nombreuses études (40) (41) ont retrouvé une corrélation entre le burn-out et le workaholisme.

- ***Suicides et tentatives de suicide***

On retrouve peu de données dans la littérature relevant une corrélation entre passage à l'acte suicidaire et workaholisme, mais les tentatives de suicide en lien avec le travail sont de plus en plus médiatisées dans les pays occidentaux depuis le début des années 90. Le passage à l'acte peut constituer une tentative désespérée de mettre fin à une « machinerie infernale ». Ces tentatives peuvent être liées à des fragilités individuelles, mais également à des

transformations de l'organisation du travail, aboutissant à une augmentation importante de la charge de travail pour laquelle le salarié se trouve dépassé. Dans certains cas, l'apparition d'idées noires et des velléités suicidaires peut constituer un point de non-retour pour le sujet addict au travail, et une porte d'entrée pour une demande de soins. Certaines tentatives de suicide par précipitation, (saut de pont, accident de voiture), véritables recours à l'agir peuvent faire évoquer des fantasmes d'accélération, de fuite en avant en lien avec la problématique d'hyperactivité exponentielle que présentent ces patients.

- ***Le stress***

Quelques études (42) ont également établi un lien entre le stress et le workaholisme, les individus workaholiques présentant un degré de stress lié au travail plus important que des individus appartenant à un groupe témoin.

- ***Le harcèlement moral au travail***

Il est défini par le code du travail comme « des agissements répétés, qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte aux droits du salarié au travail et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel ».

Il a également fait l'objet de nombreux travaux, en particulier ceux retrouvés dans les ouvrages d'Hirigoyen. Cette dernière le définit alors comme « toute conduite abusive (geste, parole, comportement, attitude) qui porte atteinte par sa répétition ou sa systématisation, à la dignité ou à l'intégrité psychique ou physique d'une personne, mettant en péril l'emploi de celle-ci ou dégradant le climat de travail » (43).

Or, dans les spécificités de la victime de harcèlement moral au travail, on retrouve plusieurs traits caractéristiques des workaholiques, « les salariés harcelés étant souvent très investis dans leur travail ».

Le harcèlement peut en effet être facilité par la fragilité psychologique, le manque d'estime des travailleurs workaholiques. Ils deviennent ainsi des proies idéales.

Ayant par ailleurs un fort besoin de reconnaissance et une identification importante à leur travail, ils prennent pour des critiques personnelles ce qui s'adresse en réalité à leur fonction. Leur adhésion totale à la mythologie de l'entreprise, ils n'existent plus par eux-mêmes. « Il est

alors facile de les mettre sous emprise, de les entrainer en dehors d'eux-mêmes, puisque leurs limites sont déjà floues ».

De plus, de par leur volume important de travail effectué pouvant faire de l'ombre aux autres, ou à l'inverse leur manque d'efficacité au travail, conjugué à leur mauvaise entente avec leurs collègues et supérieurs, ils peuvent constituer de parfaits bouc-émissaires (au sens de Girard), permettant d'évacuer les tensions collectives. Ainsi, ces personnes faisant l'unanimité du groupe contre elle, un apaisement se produit par mimétisme dans le reste du collectif.

Peut s'ensuivre un véritable effondrement narcissique, avec des états dépressifs, voire des crises suicidaires chez ces travailleurs.

A noter qu'une situation de harcèlement au travail peut également être à l'origine d'une hypervigilance et d'une hyperactivité au travail, mais qu'il est de l'ordre d'un mécanisme de défense individuel visant à éviter une décompensation psychique.

Enfin, certaines modifications des conditions de travail peuvent être source de situations de harcèlement moral, mais aussi comme nous le verrons plus loin, de workaholisme. Parmi celles-ci, on peut citer les nouvelles techniques de management, le changement de supérieur hiérarchique, les restructurations de service, les rachats ou fusion d'entreprise, etc...

- ***Polyaddictions : addiction au travail ou addiction et travail ?***

Aucune étude validée n'est apparue à ce sujet, mais nous pouvons supposer que les workaholiques s'adonnent à d'autres addictions.

Il pourrait s'agir de prise de produits à visée anxiolytique (alcool, tabac, benzodiazépines, etc...) sur le lieu du travail ou en lien avec l'activité professionnelle. C'est le cas notamment de l'alcool dans les milieux ouvriers ou pour des postes à risque, qui participe aux stratégies collectives de défense décrites par Dejours (44). Il s'agit de conduites visant à conjurer la peur liée à des situations professionnelles difficiles, en donnant l'impression de les maîtriser sur le plan symbolique, ce que l'alcool peut notamment permettre *via* son action anxiolytique et désinhibitrice. Elles peuvent également prendre la forme de conduites ordaliques (45). Elles se développent souvent au sein de collectifs valorisant la virilité et permettent ainsi une cohésion du groupe. Néanmoins elles peuvent se prolonger et se compliquer par des consommations privées et plus solitaires.

Par ailleurs, la prise de psychostimulants (certains antidépresseurs sous forme d'automédication, voire cocaïne, amphétamines...) pourrait également permettre une augmentation de la quantité de travail réalisée, et une diminution du temps de sommeil, majorant ainsi ponctuellement la performance et la productivité au travail. Retrouvée en particulier chez les cadres, elle permet de faire face à leurs obligations professionnelles (18). Mais contrairement aux stratégies collectives de défense, les consommations se font souvent de façon individuelle, avec un sentiment de honte et de culpabilité qui est suscité. La primauté accordée à la performance indique une parenté avec les conduites dopantes retrouvées dans le milieu sportif. Hautefeuille parle pour ces employés de « dopage au quotidien » (28). Certains individus peuvent aussi s'adonner à une prise de stimulants au cours de la journée et d'anxiolytiques ou d'hypnotiques le soir pour trouver le sommeil.

Dans les deux cas, on constate que la prise de substances psychoactives dans le cadre du travail est liée à un souci des employés de s'adapter et de supporter leurs conditions de travail. Il s'agit pour eux de paraître « normaux », d'être intégrés à l'entreprise et de renvoyer une bonne image d'eux même. Ehrenberg parle de « drogues d'intégration sociale » (46), moyen de se mettre à égalité des autres employés, de « tenir le coup », etc...

Enfin, d'autres conduites addictives (troubles liés à la consommation d'alcool, de nicotine ou encore jeu pathologique) pourraient prendre une place dans des moments d'inactivité professionnelle (week end, vacances,...), se substituant alors au travail, évitant ainsi une forme de sevrage.

b) Sur la famille

La vie familiale est souvent délaissée par les sujets workaholiques (24). Globalement, il existe un manque significatif de satisfaction chez les sujets addicts au travail dans les domaines socio-familiaux. Il existe peu de communication, les workaholiques étant plus dans la confrontation, dans des attitudes de type passif-agressif (comme le silence), ou dans une maîtrise de leur affects et émotions. La maison peut également être l'extension du travail, c'est-à-dire un lieu où le travailleur termine ou poursuit ses projets pour « avancer » ou bien « rattraper son retard », au détriment des relations avec les autres membres.

- ***Les conjoints***

Ils sont fréquemment la cible d'une agressivité qui ne peut être dévoilée sur le lieu du travail (47). Ils peuvent être également ignorés, se sentir abandonnés, car même présent physiquement, le workaholique peut être psychiquement absent et indisponible. Ces situations peuvent aboutir à des menaces de divorces qui constituent un motif de consultation.

Néanmoins, selon Burke (48), il n'y a pas d'augmentation du nombre de divorces dans les populations de patients workaholiques. Ceci pourrait être expliqué par la valorisation sociale du travail et les ressources financières apportées par le travailleur, constituant des freins potentiels à des séparations conjugales.

Par ailleurs, il semble difficile de distinguer ce qui est de l'ordre des causes ou des effets concernant les problématiques de couple ou de famille des workaholiques. En effet, certains pourraient rechercher dans le travail un moyen de fuir une situation familiale difficile (nous reviendrons sur ce sujet dans la partie concernant les considérations psychopathologiques).

A noter que le conjoint peut être un homme ou une femme, l'addiction au travail n'étant pas spécifique d'un genre, du fait de l'accession des femmes à des postes de responsabilité notamment (cf. épidémiologie).

- ***Les enfants***

Malgré leur faible présence et implication dans la vie familiale, les parents workaholiques ont des attentes en matière de réussite scolaire sont souvent très élevées. Les activités récréatives (sport, loisirs) sont négligées par rapport aux études. Le modèle éducatif est rigide et perfectionniste. Leurs enfants font preuve de peu d'imagination, de créativité ou encore de spontanéité. Ils ne cherchent souvent qu'à être conformes aux normes extérieures, sans vouloir se distinguer des autres. On retrouve également une inversion des rôles dans la famille, avec une véritable parentification des enfants. Du fait de la négligence affective du ou des parents workaholiques, les enfants présentent également des fragilités narcissiques, qu'ils comblent alors en recherchant une reconnaissance dans le travail. Ceci, associé à la reproduction du modèle parental évoqué ci-dessus, favorise l'apparition d'addiction au travail chez les enfants de parents eux-mêmes addicts (49).

c) Sur l'environnement de travail

Plusieurs auteurs, tels que Burke, décrivent paradoxalement des effets négatifs du workaholisme sur l'activité professionnelle et l'organisation du travail (50). En effet, malgré la grande quantité de travail effectuée, les workaholiques ne sont pas plus performants ou plus productifs que les autres employés. Leurs efforts ne sont en tout cas pas ou peu récompensés en termes de progression de carrière ou d'augmentation financière. Ceci peut être expliqué par certains traits de personnalité obsessionnelle retrouvés, tels que leur difficulté à déléguer les tâches, la tendance à procrastiner, à ne pas terminer le travail du fait d'un haut niveau de perfectionnisme et d'une éternelle insatisfaction.

De plus, leur tendance compulsive individuelle à travailler ne répond pas forcément à une demande organisationnelle ou à une sollicitation externe. Par ailleurs, les relations avec leurs collègues sont le plus souvent médiocres, avec l'installation parfois d'une rivalité du fait de leur hyperactivisme. Ils sont par conséquent isolés sur le lieu de travail ou au centre de conflits générant des difficultés de gestion des ressources humaines. Enfin, on peut évoquer l'influence des dommages subis sur le plan individuel et familial qui se répercutent dans la vie professionnelle.

Ces éléments expliquent donc pourquoi de nombreuses études, notamment anglo-saxonnes, ont été initiées sous l'impulsion d'entreprises privées dans le but d'améliorer leur productivité et compétitivité, ce qui pose bien évidemment des problèmes éthiques.

Les dommages de l'addiction au travail sont donc :

- Individuels : avec des plaintes physiques (migraine, pathologies de surcharge, etc...) et psychiques (stress, anxiété, burn out, Karoshi, harcèlement moral). La présence de coaddictions peut être également retrouvée (à visée anxiolytique, stimulante...).
- Familiaux : conjugopathie (qui peut également être à l'origine de l'addiction au travail), reproduction du modèle parental chez les enfants.
- Touchant l'environnement du travail : les addicts au travail étant paradoxalement peu efficaces et isolés sur le lieu de travail.

7. Echelles d'évaluation diagnostique

a) Le WART (Work Addiction Risk Test)

Cette échelle (présentée en annexe) a été élaborée par Robinson en 1999, afin d'apprécier le degré de dépendance au travail (51).

Il s'agit d'un auto-questionnaire en 25 questions pour lesquelles les réponses sont cotées de 1 à 4 (1 : jamais, 2 : parfois, 3 : souvent, 4 : toujours).

Elle permet notamment d'explorer cinq dimensions particulières :

- les tendances compulsives,
- le contrôle,
- la faculté de communication et le repli sur soi,
- l'incapacité à déléguer,
- et la valeur attribuée au travail.

En fonction du résultat obtenu (score total), on distingue trois niveaux de risque :

- <57 : le sujet n'est pas addict au travail
- Entre 57 et 66 : le sujet est à risque d'être addict. Il a cependant conscience que son attitude face au travail est délétère et il est en mesure d'opérer des changements.
- >67 : l'addiction au travail est effective.

Il s'agit actuellement du seul test validé pour le repérage de l'addiction au travail. Sa traduction en français n'a pas encore fait l'objet d'une validation.

b) Autres échelles

On peut également citer la WorkBAT (Workaholism Battery), utilisée dans les travaux de Spence et Robbins et basée sur leurs critères de définition du workaholisme.

Plus récemment, des chercheurs norvégiens et britanniques ont mis en place une nouvelle échelle d'évaluation, la « Bergen Work Addiction Scale », qui est davantage basée sur les critères diagnostiques reconnus des addictions (critères de Goodman).

Par ailleurs, les dommages de l'addiction au travail peuvent être évalués par certains questionnaires, tels que le MBI pour le burn out (Malash Burn-out Inventory).

8. Approches explicatives

Nous allons développer les différentes hypothèses contribuant à la compréhension de l'addiction au travail, en essayant de nous rapprocher du modèle intégratif biopsychosocial. Nous explorerons donc dans un premier temps les facteurs individuels, puis ceux liés à l'objet « travail » et enfin au contexte socio culturel.

a) Les facteurs individuels

- ***Approche Psychodynamique***

- *Fragilité narcissique et quête de reconnaissance par le travail*

« Il y a dans tout perfectionnisme, une effroyable peur du vide »

Réplique tirée du film *La question humaine* (de Nicolas Klotz, 2007)

La construction psychique de l'individu se fait par la confrontation au regard de l'autre, à l'altérité. Ainsi, une personne n'existe qu'à partir du moment où on la reconnaît comme individu. La fragilité narcissique, qui correspond schématiquement à une incapacité de l'individu à s'aimer (c'est-à-dire à une défaillance du narcissisme dit primaire¹⁹), apparaît avec une reconnaissance et une attention insuffisante de l'entourage (en particulier familial) et ce dès l'enfance. Elle est ressentie comme un sentiment insupportable de vide intérieur et affectif, d'inutilité et d'incapacité, constituant un état dépressif latent. Le sujet peut alors tenter de compenser cette problématique narcissique à travers la quête de reconnaissance, notamment par le travail.

Le concept de reconnaissance au travail a été développé dans les travaux de C. Dejours en psychodynamique du travail (44). Il s'agit de la rétribution symbolique au niveau narcissique et objectal attendue par le sujet en retour de sa contribution au processus de travail. Cela suppose qu'un travail soit réellement effectué et qu'un jugement soit produit sur celui-ci. Le jugement est classiquement divisé en deux catégories. D'une part, le jugement d'utilité, rendu par la hiérarchie et éventuellement par les subordonnés ou les

¹⁹ Il s'agit d'un stade particulier du narcissisme, où le Moi se trouve être l'objet d'investissement libidinal de l'individu, via un fonctionnement auto-érotique.

bénéficiaires, au regard des buts du travail. D'autre part, le jugement de beauté, rendu par les pairs, les collègues, au regard des normes et des valeurs de la profession. Ces jugements ont en commun de porter sur le travail accompli et non sur la personne, mais en retour, la reconnaissance s'inscrit au niveau de l'identité et de la personnalité. Pour Dejours, la séquence « reconnaissance du faire, puis gratification identitaire », est indispensable pour qu'il puisse y avoir accomplissement de soi et émergence de plaisir dans le travail.

Néanmoins les tentatives pour combler cette faille narcissique sont souvent insuffisantes, le sujet ressentant en permanence un sentiment d'incomplétude. Ceci le pousse à reporter continuellement sa recherche de reconnaissance, quelque soit l'effort ou l'excès dans le travail. On peut également observer un syndrome de l'imposteur, où le sujet a l'impression de ne pas mériter la reconnaissance qui lui est montrée. Il est alors hanté par la peur que les autres ne découvrent qu'il ne mérite pas ce succès, et qu'il est incompetent.

– *Le travail comme « procédé auto calmant » (52)*

Il s'agit ici de personnes ayant un déficit de mentalisation et d'aptitudes à produire des fantasmes et des rêves, avec une pauvreté de leur vie imaginaire, et qui vont avoir recours à l'agir. L'hyperactivité au travail, par l'intermédiaire d'un effet anesthésiant empêchant toute réflexion ou élaboration, offre un exutoire aux angoisses et conflits qu'elles ne peuvent habituellement métaboliser. L'activité intellectuelle ou manuelle à la base de leur tâche professionnelle revêt un caractère de nécessité pour leur équilibre mental, comme une défense contre leur vide intérieur. Le système sensitivo-moteur et perceptif est investi au dépend du travail d'élaboration et de représentation mentale. Ce mode de fonctionnement psychoaffectif peut relever de personnalités dites en « faux-self » ou encore normopathes.

– *Travail et angoisse de mort*

« *Ils sont disposés à agir comme s'ils ne devaient exister qu'un seul jour* »

Alexis de Tocqueville, *De la démocratie en Amérique*, 1840

L'hyperactivité professionnelle peut également être un moyen pour le sujet de se défendre contre l'angoisse de mort, celle de mourir sans avoir vécu, sans avoir pu faire quelque chose de sa vie et sans avoir laissé de traces derrière soi de son existence.

La focalisation sur l'instant, sur le moment présent permet une abolition du futur, du temps qui passe, et donc de la mort (53). Le fait d'être en permanence dans l'action, dans l'urgence, peut donc donner à l'individu une illusion de toute-puissance et d'immortalité.

– *Travail et conflits œdipiens*

Le surinvestissement au travail peut également se retrouver dans le cadre de problématiques névrotiques diverses.

Il peut notamment être le révélateur d'une lutte inconsciente contre l'angoisse de castration, l'inactivité et la passivité pouvant notamment renvoyer à des désirs homosexuels latents. Ainsi l'hyperactivité au travail peut constituer une conduite auto-excitante afin que le sujet puisse triompher fantasmatiquement de ce qu'il considère inconsciemment comme une menace.

En tant que symbole phallique de toute puissance, il peut également représenter le désir inconscient de meurtre du père, de rivalité avec l'image paternelle. La culpabilité qui en découle est combattue par la forte charge professionnelle et la difficulté à accomplir le travail (47).

En outre, la relation entre un employeur et un employé peut s'avérer être le prolongement ou la répétition des relations établis antérieurement entre l'enfant et ses parents, réactivant des processus d'identification. Ainsi certains « patrons » peuvent représenter de véritables pères ou mères de substitution pour certains employés, des « maîtres » ou des « pères spirituels » (à l'image d'un entraîneur et de son athlète). La dépendance affective qui en découle peut favoriser un surinvestissement au travail.

- ***Approche cognitivo-comportementale***

- *La faible estime de soi*

Dans une perspective plus cognitiviste, le concept d'estime de soi a été développé par William James, psychologue américain de la fin du XIX^{ème} siècle. Cette notion, proche de celle de fragilité narcissique, est définie comme le rapport entre les réussites (ou réalisations) de l'individu et ses aspirations (ou prétentions). Ainsi, plus la réussite d'une personne s'écarte de ses aspirations, plus son estime de soi est faible. A l'inverse, plus les réalisations d'un individu rejoignent ses ambitions, plus son estime de soi est forte.

De ce fait, le travail serait fortement investi car il apporterait l'estime que ces personnes ne s'accordent pas. Le développement précoce d'une mauvaise estime de soi serait donc à l'origine du workaholisme (54).

- *Workaholisme et personnalités*

Selon une approche catégorielle (retrouvée dans la CIM-10 et le DSM IV), la personnalité prédisposant à la survenue d'une addiction au travail répond aux critères des personnalités obsessionnelles et compulsives (55) (56).

Selon une approche dimensionnelle, les profils de personnalité de type A (décrits en 1959 par Friedman et Rosenman) sont fréquemment retrouvés chez les sujets présentant une addiction au travail (26). Ils sont caractérisés par :

- la combativité et la compétitivité,
- le sentiment d'urgence dans le temps, l'impatience,
- et le fort investissement au travail.

Il est à noter que ce profil de personnalité constitue un facteur de risque cardiovasculaire.

Par ailleurs, d'autres études s'appuient sur le modèle du « big five », constitué des cinq dimensions suivantes :

- O (ouverture aux expériences),
- C (caractère consciencieux),
- E (extraversion),
- A (agréabilité, altruisme),

- N (névrosisme, qui correspond à une instabilité émotionnelle avec une tendance à éprouver facilement des émotions ou affects désagréables)

Ces études reprennent les trois composantes du workaholisme définies par Spence et Robbins, et montrent que (57) (42):

- Le névrosisme est lié positivement à la tendance compulsive à travailler, et négativement à la satisfaction au travail.
- L'extraversion est liée positivement à l'implication et à la satisfaction au travail.
- L'agréabilité est corrélée positivement à la satisfaction au travail et négativement à la tendance compulsive.
- Le caractère consciencieux est lié positivement aux trois composantes du workaholisme.

Par conséquent, les workaholiques (selon la définition de Spence et Robbins) sont caractérisés par la dimension de névrosisme. Ils seraient prêts à s'engager dans des comportements à risque pour éviter ou faire face à des états émotionnels désagréables. Les workaholiques enthousiastes sont caractérisés par l'extraversion. Ils utiliseraient ce comportement pour maintenir des expériences affectives positives.

– *Workaholisme et modèles du stress*

Le workaholisme peut également être expliqué à la lumière des modèles du stress, en particulier du modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (58), qui étudie les transactions cognitives et émotionnelles mobilisées par l'individu lors de sa rencontre avec l'environnement (ici le travail).

Ces transactions s'effectuent en deux phases liées par des boucles de rétroaction. Au cours de la première phase (dite d'évaluation primaire), l'individu évalue les enjeux positifs (défi, gain) et négatifs (perte, menace) des demandes professionnelles, ce qui est à l'origine d'émotions agréables ou désagréables. Puis, dans une deuxième phase (dite d'évaluation secondaire), il estime les ressources dont il dispose pour faire face et adopte des stratégies d'ajustement (de coping) qui sont fonctionnelles ou dysfonctionnelles. L'issue est alors positive (salutogène), ou négative (pathogène) pour la personne en terme de bien être, pour le travail en terme de performance, et pour les relations professionnelles et extraprofessionnelles en terme d'équilibre. En l'occurrence, l'hyperinvestissement professionnel, malgré sa

valorisation sociale initiale, peut être considéré comme une stratégie de coping dysfonctionnelle du fait de l'apparition de conséquences négatives.

– *Workaholisme et modèle REBT*²⁰

Selon ce modèle (26), le workaholique s'appuie sur des croyances irrationnelles. Ces croyances irrationnelles sont généralement de plusieurs types (26) :

- les inférences arbitraires (c'est-à-dire le fait de tirer des conclusions sans preuves),
- les abstractions sélectives (c'est-à-dire la focalisation sélective sur un détail),
- les surgénéralisations (le fait de généraliser de façon excessive une observation isolée),
etc...

Chez le workaholique, il peut s'agir du fait de devoir impressionner les autres, d'être à la hauteur des attentes et de surpasser les performances de ses collègues, conduisant ainsi au perfectionnisme et à la recherche d'approbation des autres.

b) Facteurs liés à l'objet de l'addiction : le travail

Les facteurs liés au travail lui-même et à son organisation participant à l'émergence d'une addiction au travail sont multiples. Schaef et Fassel (59) ont essayé de les synthétiser, en dégageant six éléments majeurs distincts, sans que cette liste soit exhaustive :

- La mission première de l'entreprise est négligée, avec une absence de vision d'ensemble. Les employés ne savent plus pour quelles raisons ils travaillent collectivement.
- Un discours ambiant visant à maintenir à tout prix l'entreprise à un niveau très compétitif et ce quelque soit les répercussions sur les employés
- L'appât du gain, avec des récompenses immédiates, sur des objectifs à court terme.
- Le non-respect des limites vie privée/vie professionnelle par le patron vis-à-vis de ses employés.
- Un état de crise permanent dans l'entreprise exigeant un dynamisme et une réactivité de la part des employés.
- Une entreprise impersonnelle avec une absence d'esprit d'équipe, des employés interchangeables et individualistes.

²⁰ Rational Emotive Behaviour Therapy

En France, plusieurs travaux en psychodynamique du travail et psychosociologie ont essayé de décrire l'impact sur les employés des changements de mode de travail dans les entreprises au cours des dernières décennies.

- **« L'auto accélération » au travail**

Les travaux de Dejours en psychodynamique du travail ont mis en lumière les effets de certaines organisations du travail sur l'économie psychique et psychosomatique du sujet.

Selon lui, l'hyperactivité professionnelle résultant de cadences infernales et de l'intensification du travail entre en concurrence avec la subjectivité du sujet, « mettant en péril les conditions nécessaires au jeu du fantasme, de l'imagination, et de l'affectivité » (60). Il y a donc une désobjectivation du travailleur, une mise en échec du libre jeu du fonctionnement mental, avec une « obligation de fonctionner comme une structure caractérielle ou comportementale » (44). Le fonctionnement mental du sujet passe alors de la pensée à l'acte, de l'émotion à la sensation et de la représentation à la perception.

Dans ce contexte, le travailleur « s'auto accélère » (52), intensifie son effort dans une sorte de fuite en avant, afin de minimiser le parasitage de l'activité par sa souffrance, ses conflits, et son angoisse provoqués par le travail. Cette « auto accélération », ou « répression pulsionnelle » correspond à une stratégie individuelle de défense, distincte du refoulement, visant à l'exclusion du champ de la conscience des affects dont le contenu est supprimé. L'auto accélération, à la différence d'un procédé « auto-calmant », serait donc une défense contre la souffrance psychique provoquée par le travail lui-même, et ce quelque soit le fonctionnement psychique habituel du sujet. De ce fait, « même des sujets dotés d'une solide structure psychique peuvent être victimes d'une paralysie mentale induite par l'organisation du travail » (44).

Par ailleurs, cette hyperactivité serait supportée par un masochisme secondaire²¹, « rendant la souffrance tolérable, en la transformant en source de jouissance, protégeant le sujet d'un risque de décompensation » somatique ou psychique (52).

²¹ Le masochisme secondaire correspond à un sadisme retourné contre la personne propre ou transformé en son contraire. Il est distingué du masochisme primaire érogène qui est une érotisation de l'augmentation de tension interne du fait d'un retard à la satisfaction d'un besoin, s'opposant ainsi au principe de plaisir.

Or, dans l'organisation actuelle du monde du travail, ceci n'est pas spécifique d'une catégorie professionnelle. On le retrouve aussi bien dans le contexte d'un travail répétitif sous contrainte avec une parcellisation et une répétition des tâches (travail à la chaîne chez les ouvriers par exemple), que dans celui des cadres des grandes entreprises avec un travail par objectif sans véritable ligne d'arrivée. De ce fait, le travail est perpétuellement voué à l'inachèvement, à l'absence de fin, induisant la poursuite de l'effort, la répétition et l'escalade.

- ***L'influence des nouvelles formes de management***

- *Du taylorisme à la flexibilité*

Le monde du travail a vu évoluer ses formes d'organisation de façon non négligeable depuis plus d'un siècle dans les sociétés occidentales. En effet, la période de l'entre-deux guerres était caractérisée par l'essor des modèles tayloristes et fordistes, basés sur l'OST²². Ce système reposait d'une part sur une division horizontale du travail, avec une décomposition du processus de production en suite de tâches simples (travail à la chaîne), et d'autre part sur une division verticale, avec une organisation pyramidale et hiérarchique dans laquelle s'exerçaient des normes disciplinaires.

Les nouvelles formes d'organisation du travail, inspirées du modèle néolibéral, sont apparues au cours des années 80. Elles sont caractérisées par la flexibilité du travail, c'est-à-dire une adaptation de l'activité aux variations de la demande, et sont d'avantage centrées sur les résultats du travail que sur ses modalités.

- *Paradoxes de l'autonomie et doubles liens*

Un double mouvement apparaît, avec d'un côté un accroissement de l'autonomie²³ pour accomplir les tâches, mais en contrepartie une exigence stricte sur les contrats d'objectifs. Or, loin d'être une source d'indépendance et de liberté, cette autonomie a un caractère obligatoire, et paradoxal : il faut être autonome ! Les employés sont alors mis en contradiction avec eux-mêmes, ce qui génère une « violence psychique liée à des exigences paradoxales » (27). Les objectifs peuvent également être en contradiction avec les moyens

²² Organisation scientifique du travail

²³ « *empowerment* » pour les anglo-saxons

apportés par l'entreprise pour les réaliser (en faire plus avec moins d'effectifs, de matériel, etc...) générant des phénomènes proche de double lien²⁴ comme décrit par l'école de Palo-Alto. D'autant que les liens entre les salariés et l'entreprise sont de moins en moins contractualisés (par le contrat de travail), mais de plus en plus affectifs (valorisation de la personnalité des employés, etc...), dans l'idée de renforcer le sentiment d'appartenance à « la grande famille de l'entreprise ». L'autonomie constitue donc une nouvelle forme de « soumission librement consentie » (62), un mode de contrôle des employés plus subtil et plus souple que la culture disciplinaire des entreprises de l'ère taylorienne.

- *Idéaux managériaux et fantasmes de toute puissance*

« Le héros est le vrai sujet de la modernité. Cela signifie que pour vivre la modernité, il faut une nature héroïque »

Walter Benjamin, *Charles Baudelaire*, 1938

A partir du moment où la logique du résultat rentre en compte dans la gestion des ressources humaines de l'entreprise, apparaît une compétition et une concurrence entre les employés, avec une « peur d'être placardisés », d'être mis sur la touche, et un sentiment de ne jamais en faire assez, de ne jamais être à la hauteur.

Parallèlement, les formes de management²⁵ moderne (appelées « management participatif »), qui ciblent notamment les cadres des grandes sociétés, valorisent la culture de l'entreprise et le « culte de la performance » (46).

En effet, en échange d'un travail acharné et d'un dévouement aveugle, l'entreprise proposerait à ses employés de satisfaire leurs fantasmes de toute puissance et leurs désirs de réussite. Ceci solliciterait l'axe narcissique et les instances idéales de l'individu, tels que l'idéal du moi, alors qu'auparavant, l'univers hiérarchique des modèles tayloristes et fordistes ciblait d'avantage la discipline, l'obéissance et donc le surmoi. Ainsi, chaque salarié est invité « à projeter son propre idéal dans celui proposé par les entreprises et à introjecter les valeurs de

²⁴ Message contenant deux propositions complémentaires et contradictoires entre deux ou plusieurs personnes engagées dans une relation affective. La théorie du double lien a été décrite par Watzlawick, Helmick-Beavin et Jackson en 1967.

²⁵ Etymologiquement, le terme management provient du verbe « ménager », qui signifie « conduire son bien, sa fortune de façon judicieuse ».

l'entreprise pour nourrir son propre idéal» (61). Il y a une véritable « capture managinaire » (63) des fantasmes par identification aux idéaux managériaux, en d'autres termes, une forme de séduction de l'entreprise sur l'imaginaire de l'individu. Cette dernière produit une abolition du rapport subjectif au travail et des capacités à penser et à résister contre l'augmentation des performances: « là où l'entreprise progresse, c'est la part du sujet qui régresse » (61). Néanmoins, l'absence de « ligne d'arrivée » dans cette course à obstacles sans fin visant à atteindre un idéal impossible, induit la poursuite et la répétition de l'effort par des phénomènes d'auto-accélération (décrits plus haut), provoquant une hyperactivité exponentielle, entretenue par l'argent et l'appât du gain, qui véhiculent dans une fuite en avant perpétuelle des fantasmes de toute puissance et de jouissance infinie. Ainsi, l'entreprise promet une carrière, un statut, des gratifications matérielles, mais demande en contrepartie à ses salariés de travailler de longues heures, voire de sacrifier leurs vacances et leur vie de famille. Pour Dejours, « le salarié, devient alors dépendant de la place qu'il occupe dans l'entreprise» (52).

Au final, il y a une perte du sens, une « crise de la symbolisation dans le monde du travail » (61). La quantité prime sur la qualité, le statut et l'apparence sur le savoir et les connaissances.

– *L'influence des techniques d'évaluation*

« Nous sommes entrés dans un type de société où le pouvoir de la loi est en train non pas de régresser mais de s'intégrer à un pouvoir beaucoup plus général : celui de la norme.»

Michel Foucault, « l'extension social de la norme », *Dits et écrits*, vol. 2, 1976-1984

Cette tendance est représentée par l'émergence des techniques d'évaluation individuelle. Issues d'une logique gestionnaire, elles se sont beaucoup développées dans les pays occidentaux dans les années 90, initialement au niveau du secteur privé, puis en se généralisant au niveau du service public, notamment dans les domaines de la santé et de l'université. Leur objectif est notamment d'obtenir le meilleur rapport coût/efficacité au travail afin qu'il soit le plus rentable possible.

L'essor de ces techniques a eu plusieurs conséquences. L'une d'elles est paradoxale, car liée au temps et au coût suscité par ces évaluations, diminuant ainsi le temps habituellement consacré au travail.

D'autre part, elles génèrent des classements et donc une compétition entre employés, augmentant ainsi la charge de travail et affectant le lien social dans les entreprises. De plus, ces dispositifs d'évaluation sont déconnectés des valeurs et du sens que les agents attribuent à leur activité, et privilégient des critères et des normes objectives de résultat, « fétichisant le chiffre » (64), au dépend du rapport subjectif de l'employé à son travail.

c) Facteurs liés à l'environnement

L'environnement est ici composé d'une dimension familiale (mode d'éducation, relations au sein de la famille, etc...) et d'une dimension culturelle (niveau d'acceptation sociale de la conduite, etc...) que nous allons détailler ci-dessous.

- ***Au niveau familial***

- *Le travail comme fuite du quotidien*

Comme nous l'avons déjà évoqué, le travail pourrait avoir une valeur de refuge face à une vie conjugale ou familiale conflictuelle. Il permettrait par exemple d'éviter aux membres du couple de se confronter à des moments d'intimité, et à une vie sexuelle rare et peu satisfaisant (54). Ainsi, certains travailleurs rongés par des problèmes personnels et familiaux, se livreraient à une cadence effrénée au travail.

- *La reproduction d'un modèle parental*

Nous avons déjà mentionné le fait que les attentes en matière de réussite scolaire et professionnelle sont souvent très élevées chez les enfants de parents addicts au travail. L'éducation souvent très rigide, basée sur la réussite à tout prix, le culte de l'excellence, et associée à une faible présence affective des parents, provoquent des fragilités chez l'enfant qui essaye alors de les combler par le travail, reproduisant ainsi le modèle parental.

Les mythes familiaux de la réussite et de l'ascension sociale sont également souvent retrouvés.

- ***Au niveau du contexte socio-culturel***

Nous évoquerons ici les fondements sociaux possibles de l'addiction au travail, à l'heure du développement du néolibéralisme et de la mondialisation économique dans les sociétés occidentales, qui dénonce l'intervention de l'état providence dans l'économie, et promeut l'économie de marché à l'ensemble des domaines de la vie au nom de la liberté individuelle et de l'efficacité économique.

- *Individualisme et dépassement de soi*

« *L'individu contemporain aurait en propre d'être le premier individu à vivre en ignorant qu'il est en société* »

Marcel Gauchet, *La religion dans la démocratie*, 1998

Les sociétés néolibérales post-modernes, ont vu émerger une « déferlante individualiste » (65), caractérisée par une destruction des appartenances collectives, un délitement des institutions notamment familiales et une crise du lien social.

Nous sommes en effet passés d'une société dite verticale, basée sur des valeurs hiérarchiques et d'autorité, où l'individu (hétéronome) était encadré et protégé par l'état, à une société dite horizontale, où l'individu (autonome) doit entreprendre seul de devenir lui-même.

D'un point de vue psychanalytique, Lebrun parle d'un « déclin de l'identité du père » (66). En d'autres termes, la fonction paternelle, permettant la castration symbolique par le manque, n'est plus ratifiée et légitimée par la société. Il y a à l'inverse un « envahissement de la figure maternelle » provoquant la persistance de la toute-puissance infantile. Avec en parallèle la levée des interdits sociaux, on assiste donc à l'émergence d'un individu libéré de toute entrave, et soucieux avant tout de sa jouissance et de son épanouissement personnel. Par conséquent, l'idéal d'accomplissement de soi au sein d'une société définie par l'ordre et les limites, à laisser place à un idéal de dépassement de soi qui est devenu actuellement la norme, avec une injonction pour chaque individu à se surpasser, à être dans l'excès et « l'hyperfonctionnement de soi » (67).

– *La valorisation du travail et du modèle de l'entreprise*

Denrée de plus en plus rare dans les sociétés où la précarité, le chômage et l'exclusion progressent, le travail est devenu un « signe de distinction et de privilège » (68) convoité. Il participe également à la construction du statut social de l'individu, à travers les droits qui en découlent (accès à la sécurité sociale, titre de séjours, etc...). Pour ceux qui travaillent, il existe donc en toile de fond la crainte d'être licencié et de perdre ce privilège. Dans ce contexte, le « surcroît de travail devient donc un indice de prestige » (68). C'est ce qui explique en partie le caractère socialement valorisé retrouvé dans l'addiction au travail, avec « la servitude des hauts cadres et P.D.G, qui se doivent de travailler quinze heures par jour » (68). Ainsi, l'addiction au travail est dite « positive », car elle a des caractères reconnus comme favorables et constructifs pour la personne, et des conséquences sociales bénéfiques visibles immédiatement (comme le salaire par exemple).

Plus que le travail, c'est le statut de l'entrepreneur, autrefois symbole de la domination des puissants sur les faibles et de la lutte des classes, qui est devenu le modèle de réussite et de réalisation personnelle pour chaque individu. Il représente en effet la capacité de chacun à agir et à se gouverner soi-même, c'est-à-dire à être autonome : Ehrenberg parle de « l'entreprénarisation de la vie » (46), seule voie pour l'individu de conquérir son autonomie et de définir son identité sociale. Dans ce contexte, l'entreprise, devient un espace de réalisations personnelles, chacun devant être capable de conduire tous les domaines de sa vie (familiale, affective, etc...) comme un vrai professionnel. Par ailleurs, dans un contexte de crise de l'état providence²⁶, des systèmes de sécurité sociale, c'est l'action privée qui a repris les missions de l'état, comme si le salut, la croyance en un progrès possible, ne passait plus par l'action publique et collective, mais par une action individuelle. On assiste de ce fait à un basculement des responsabilités de structures étatiques vers l'individu. Le modèle de l'entreprise est même réutilisé au sein du fonctionnement des services publics : on parle de « nouveau management public ».

²⁶ Ou « welfare » dans les pays anglo-saxons

- *La mutation du rapport au temps et l'influence des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC)*

« *Time is Money* »

Benjamin Franklin

« *Quand je parle du temps, c'est qu'il n'est déjà plus* »

Guillaume Apollinaire

« *Etre joignable n'importe où, à n'importe quel moment, c'est la liberté d'être branché !* »

Publicité pour l'entreprise Philips[®], 1996

Au cours des dernières décennies, nous sommes progressivement passés d'une société soumise au temps et à ses contraintes, à une société qui veut le dominer et le maîtriser. Cette évolution est représentée par l'apparition de deux logiques interdépendantes.

La première renvoie à la notion d'instantanéité, permise notamment par les nouvelles technologies de la communication et de l'information (Internet, ordinateur et téléphones portables, plus récemment les « smartphones » combinant l'ensemble de ces outils, etc...). Ces dernières permettent des gains de temps importants, une plus grande disponibilité et flexibilité, la possibilité de communiquer en l'absence de toute présence physique, de s'affranchir des contraintes temporelles et spatiales, et donc d'avoir le sentiment de pouvoir abolir le temps.

La deuxième, contre-partie de la précédente, est rattachée à la logique et au « culte de l'urgence » (53), c'est à dire à l'obligation d'être réactif, de répondre dans l'instant, d'être disponible en permanence et joignable à tout endroit et toute heure. Dans cette « dictature du temps immédiat » (53), l'individu pensant pouvoir maîtriser le temps en devient finalement l'esclave.

Les retentissements et conséquences de ces changements sont multiples. Au niveau des entreprises, est apparue une valorisation des logiques à court terme, de la flexibilité et de la capacité d'adaptation des employés, devant en faire toujours plus en moins de temps, au détriment de l'expérience cumulée, de la culture du métier, du savoir-faire, et de la fidélité professionnelle. De plus, l'employé ne peut « plus prendre le temps du recul, de l'analyse, et de la réflexion » car il est obligé de « réagir de manière toujours plus rapide pour gérer un

télescopage permanent d'actions ou de réponses à apporter dans l'instant »(67). Il est dans l'impossibilité de différencier l'accessoire de l'essentiel, et l'urgent de l'important.

Par ailleurs, les nouvelles technologies de communication vont permettre d'augmenter le temps de travail, en envahissant et contaminant le temps dit du « hors travail » habituellement consacré à la vie privée. Chaque employé peut ainsi être équipé d'un ordinateur portable et d'un téléphone mobile fournis par l'entreprise, afin de pouvoir travailler sur les temps de trajets ou encore au domicile. Il y a donc un effacement des frontières entre la vie privée et la vie professionnelle, l'ensemble des domaines de la vie étant ainsi impliqué dans l'effort de production. Enfin, les loisirs devenus rares et précieux, et devant donc être rentabilisés, sont également imprégnés de l'idéologie et de la logique du temps de travail : c'est le « drame des loisirs » (68) évoqué par Baudrillard.

9. Ce qui n'est pas « addiction au travail »

La souffrance psychique au travail peut avoir des visages divers et ses causes peuvent être multiples. Plus particulièrement, l'hyperactivité ou l'hyperinvestissement au travail n'est que la conséquence, le reflet de processus pathogènes variés. Il convient donc ici de bien distinguer ce qui appartient réellement au registre d'une addiction à l'objet travail en lui-même, de ce qui relève d'autres causes ou d'autres mécanismes psychopathologiques.

a) Rappel terminologique sur l'hyperactivité professionnelle

Il ne s'agit que d'une notion purement descriptive, ne préjugant d'aucune étiologie (52). Elle ne concerne pas la qualité du travail mais uniquement la quantité (intensité, durée), jugée excessive, soit au regard des normes du métier (comparaison avec le temps consacré au travail par les membres d'une communauté de référence), soit de façon plus subjective par le travailleur lui-même. Elle renvoie à la notion d'activité qui désigne l'ensemble des processus cognitifs et instrumentaux (gestes, postures) mobilisés pour le travail. Elle est à distinguer de la notion d'action, qui elle renvoie aux conséquences que peut avoir l'activité sur autrui, ce qui appartient plus au registre moral.

b) La passion au travail

Elle peut être définie par trois éléments principaux (69) :

- Une forte inclination au travail, avec un degré d'implication, un engagement affectif et un attachement émotionnel important,
- Un amour du travailleur pour son travail,
- Un investissement important en énergie et en temps consacrés au travail

Ces travailleurs passionnés éprouvent donc du plaisir à faire ce qu'ils font, sont animés par l'envie de terminer ce qui est entrepris et de voir le résultat de leurs efforts et de leur créativité. A la différence des workaholiques, ils arrivent à se fixer des limites et à investir d'autres champs d'intérêts, notamment personnels et familiaux (26)

Cette notion se rapproche de la définition des travailleurs enthousiastes selon Spence et Robbins.

c) Hyperactivité professionnelle liée uniquement à des causes extérieures

Certaines personnes n'ont pas le choix où la possibilité de faire autrement que d'avoir une forte charge de travail. Cette hyperactivité professionnelle relève en fait uniquement de causes extérieures à l'individu.

Il peut s'agir de pressions (ponctuelles ou continues) exercées par l'employeur, de contraintes financières obligeant par exemple le travailleur à accumuler les heures supplémentaires.

Il y a également le cas particulier du harcèlement moral au travail. Comme nous l'avons vu précédemment, il peut être une complication d'un fonctionnement addictif avec le travail. Mais un harcèlement peut s'exercer en dehors de toute addiction au travail. L'employeur peut alors donner en permanence de nouvelles tâches, des consignes impossibles à exécuter ou qui ne sont pas en rapport avec les compétences et les qualifications du travailleur.

d) L'hyperactivité professionnelle à la lumière d'autres champs nosographiques

Nous avons précédemment vu que le concept d'addiction au travail est actuellement discuté. Le workaholisme, l'hyperactivité professionnelle peuvent en effet être expliqués sous l'angle d'autres modèles nosographiques, parmi lesquels :

- ***L'hypomanie et les états maniaques***

L'hypomanie peut être caractérisée par une surabondance des idées et de l'activité. A un degré modéré, le sujet peut passer pour vif et intelligent. Il est constamment en activité, a toujours besoin de faire quelque chose, n'a pas besoin de se reposer et ne ressent pas de fatigue. Il prend de nombreuses initiatives de façon dispersée qui sont rarement menées à leur fin. Il peut être très irritable et agressif sur son lieu de travail. Ces caractéristiques se retrouvent dans les critères du DSM-IV (« forte implication dans les activités »).

Ce tableau se distingue d'une véritable addiction au travail, de par la sémiologie habituelle de l'état maniaque (logorrhée, tachypsychie, fuite des idées, trouble de l'attention et de la concentration, hypersexualité, insomnie sans fatigue, voire des éléments délirants, etc...).

L'existence d'antécédents d'états dépressifs est également à rechercher dans le cadre d'une bipolarité.

- ***Trouble et personnalité obsessionnelle-compulsive***

On peut retrouver également certains traits en rapport avec des troubles ou une personnalité obsessionnelle-compulsive (perfectionnisme, dévotion excessive pour le travail à l'exclusion des loisirs et amitiés, réticences à déléguer les tâches, etc...), qui peuvent tout à fait générer de façon isolée une hyperactivité au travail, sans pour autant participer à un fonctionnement de type addictif.

10. Eléments de prise en charge

Nous allons ici essayer de synthétiser les axes de réflexion et les propositions de prise en charge retrouvées dans la littérature, pour les patients présentant une problématique d'addiction au travail.

a) Le travail de la demande et la question du motif de consultation

Le travail de la demande d'aide chez un patient addict au travail est un préalable indispensable, commun à la prise en charge des addictions en général. Il s'agit en effet de faire émerger chez le patient une prise de conscience du trouble et une demande de soins dans le cadre de son rapport addictif au travail.

Or, la particularité de l'addiction au travail est qu'il s'agit rarement d'un motif de consultation en lui-même, du fait notamment de son caractère socialement valorisé, faisant de lui une addiction qualifiée de positive, « propre », ou encore cachée. Les workaholiques peuvent être ainsi peu enclins à changer, car ils sont satisfaits de leur situation(26), du moins avant l'apparition de dommages.

Du côté des professionnels, elle peut être moins recherchée en comparaison des autres conduites addictives, notamment en raison de son caractère moins consensuel à ce jour.

Elle peut néanmoins être repérée au décours d'une décompensation sur le plan psychiatrique (tentative de suicide, épisode dépressif majeur, burn out, etc...) ou physique (pathologie cardio-vasculaire, migraine, troubles musculo-squelettique, etc...), qui peuvent constituer des « portes d'entrée » pour une prise en charge. Elle peut également être révélée au stade des retentissements sur le plan familial, par l'intermédiaire de demandes de conjoints par exemple, voir sur les conseils d'un médecin du travail qui peut avoir le rôle d'alerte quand la pathologie retentit sur le plan professionnel. On peut supposer qu'une souffrance émerge aussi au moment d'un arrêt forcé de l'activité (départ en retraite, licenciement, etc...)

Par ailleurs, elle peut être retrouvée dans le cadre de la recherche de polyaddictions lors d'une consultation dont le motif initial est une addiction à un autre objet (alcool, psychostimulants, sport, etc...).

b) L'arrêt de travail

Il peut faire partie des outils thérapeutiques, que cela soit au stade des complications ou en amont, et pourrait constituer de ce point de vue une forme de sevrage. Son indication et sa durée doivent être évaluées au cas par cas.

Il permettrait ainsi de donner un coup d'arrêt à l'escalade de l'hyperinvestissement professionnel, constituant une période de repos avec une mise à distance vis-à-vis de l'environnement professionnel, et de limiter au moins ponctuellement les complications sur le plan physique et psychique.

Néanmoins, la principale difficulté réside dans l'absence d'utilisation et de respect de l'arrêt par ces patients, ce qui est en lien avec leur degré de reconnaissance des troubles et leur volonté de changement.

c) Principales approches psychothérapeutiques

- ***L'approche motivationnelle***

Issue des approches thérapeutiques brèves, elle a été développée dans les années 80 par les psychologues Miller et Rollnick. Il s'agit d'une thérapie directive, centrée sur le patient, dont le but est d'augmenter sa motivation intrinsèque vers le changement en l'aidant à explorer son ambivalence, sur la base d'une relation empathique, avec une attention portée sur l'ici et maintenant.

La demande de changement peut se travailler par l'intermédiaire de balances décisionnelles, en explorant les conséquences positives et négatives de l'arrêt et de la poursuite de la conduite addictive.

Déjà utilisée dans la prise en charge des autres addictions, elle pourrait l'être également chez les workaholiques, dans la prise en charge initiale, et afin d'éviter les rechutes (26).

- ***Approche cognitivo- comportementale***

Le but pour le patient est de repérer, prendre conscience, puis modifier les schémas cognitifs, émotionnels, et comportementaux, afin de mettre en œuvre des réponses et des stratégies plus adaptées face à la situation. La prise en charge peut être individuelle et /ou groupale.

Le travail de repérage peut se faire notamment par la tenue de deux agendas (un pour la vie professionnelle et un pour les activités familiales et personnelles), leur comparaison pouvant permettre une prise de conscience du temps investi dans chacune de ces sphères de vie.

Sur le plan cognitif, il s'agit également de mettre en lumière le système de croyances responsables des comportements et émotions du sujet addict au travail (cf. modèle REBT dans la partie sur les approches explicatives)

Par ailleurs, sur un plan comportemental, il est proposé plusieurs stratégies pour modifier le rapport au travail de ces sujets, telles que (26):

- La séparation de la vie privée et professionnelle, avec évitement de discussions concernant le travail avec la famille ou avec des amis et réciproquement, l'arrêt ou la diminution de l'utilisation du téléphone portable professionnel au domicile, ou de la consultation de mails.
- Ne plus raisonner en terme de quantité de travail mais de qualité de travail, en demandant aux sujets de ne plus comptabiliser leur heures de travail et de ne plus les considérer comme un témoin de l'importance de leur poste.
- Ne plus travailler dans l'urgence et dans la crise, s'efforcer de travailler dans le calme.
- Respecter les temps de sommeil et de repas.
- Encourager la pratique d'activités sportives et de loisirs, et faire émerger des centres d'intérêts sources de plaisir autres que le travail.

Ceci peut être associé à un travail plus spécifique sur l'estime et l'affirmation de soi (qui peut être altérée chez les patients addicts au travail), et l'apprentissage de techniques de relaxation et de gestion du stress.

- ***Approche en psychodynamique du travail***

Ce courant, développé en France depuis une trentaine d'années par les travaux de Dejours, a pour objet « l'analyse de la souffrance psychique résultant de la confrontation des hommes et de leur fonctionnement mental propre, à l'organisation du travail et ses contraintes » et étudie « les processus intra et intersubjectifs mobilisés par les situations de travail » (44). Cette démarche psychothérapeutique repose donc sur l'analyse du rapport subjectif au travail, du réel du travail et de la souffrance qu'il engendre.

Il s'agit notamment de rechercher ce qui fait obstacle au « travailler » (44), c'est-à-dire à l'écart entre le travail prescrit et la situation concrète de travail qui constitue normalement un espace pour le développement de l'initiative, de l'ingéniosité, dans le but d'atteindre les objectifs fixés. Ces obstacles peuvent se retrouver par exemple dans des organisations trop rigides, empêchant les possibilités d'aménagement par le sujet des modalités de travail.

Il s'agit également d'accorder de l'attention aux changements introduits dans les méthodes d'organisation du travail, et de gestion du personnel. Ces dernières peuvent en effet rentrer en conflit avec l'éthique et le savoir-faire du métier, le travail de qualité, et la conscience professionnelle, provoquant la participation de l'employé à des pratiques qu'il réprovoque et qui font perdre sens à son travail.

La coopération entre collègues, le soutien des supérieurs hiérarchiques, la reconnaissance sont

à explorer car ils peuvent être facteurs de souffrance dans le travail.

Enfin, les conséquences des contraintes de travail sur le plan personnel (physique et psychique) et familial sont aussi à rechercher.

Concernant les sujets addicts au travail, le travail clinique vise donc à permettre au sujet d'identifier ce qui a provoqué le basculement dans l'hyperinvestissement au travail, afin de réaménager son rapport subjectif au travail.

- ***Approche familiale et systémique***

Ici, la demande peut venir du patient workaholique lui-même ou bien de membres de sa famille, par exemple en réaction à sa faible disponibilité dans la vie conjugale et familiale. Ces thérapies permettent donc d'éclairer la dynamique du système familial qui contribue à l'existence de l'addiction, cette dernière étant le symptôme des difficultés de communication au sein de la famille.

d) Les groupes d'entraide

Il en existe plusieurs, certains basés sur le modèle des alcooliques anonymes et appelés Work Anonyme (W.A) ou Workaholiques Anonymous. Ces associations ont été créées aux Etats-Unis au début des années 80, et existent en France depuis le début des années 2000. Ils proposent également une méthode en douze étapes. Il s'agit pour le sujet de reconnaître son impuissance et son état de dépendance, d'accepter d'être guidé par une instance supérieure (dieu, l'univers, une source de force, le groupe...), de découvrir qu'il est digne d'être aimé, de partager ses ressentis avec d'autres qui ont vécu des expériences similaires, de faire amende honorable auprès de ceux qui subissent les conséquences de l'addiction (entourage, proches, ...) et d'aider d'autres personnes à se libérer de cette addiction. La pratique de la prière et de la méditation peut également faire partie de ce programme.

e) La place du médecin du travail

Exerçant depuis la loi de 2002 dans des services de santé au travail, il a une mission de prévention concernant la santé au travail, auprès de l'employeur, du salarié et des représentants du personnel.

Il peut être un interlocuteur de choix dans le cadre de prise en charge de patients addicts au travail, car du fait de sa position spécifique dans l'entreprise (ou dans les services interentreprises), il dispose d'éléments relatifs à l'organisation du travail que les autres interlocuteurs impliqués dans la prise en charge n'ont pas.

Il peut également faire à l'employeur des demandes d'aménagements de poste et de temps de travail, ainsi que de reclassement professionnel²⁷.

f) La prise en charge des comorbidités

Elle concerne aussi bien les comorbidités psychiatriques (dépression, burn-out, etc...), les coaddictions, ainsi que les complications physiques, dans le cadre d'une prise en charge globale et d'un travail en réseau entre psychiatre, addictologie, médecin généraliste et médecin du travail.

Ces éléments permettent donc de dégager plusieurs axes de réflexion dans la prise en charge des patients addicts au travail, à savoir :

On retrouve donc des éléments communs à la prise en charge des addictions en général, tels que :

- Le travail de la demande de changement, du déni des troubles et de l'ambivalence
- Le travail psychothérapeutique, constituant la pierre angulaire de la prise en charge
- La prise en charge conjointe des coaddictions et des comorbidités ou complications somatiques et psychiatriques
- L'existence de groupe d'entraide sur le modèle des alcooliques anonymes

Mais il existe également des éléments de prise en charge plus spécifique à la conduite :

- La nécessité d'un repérage plus important par les professionnels soignants, du fait du caractère socialement valorisé qui distingue cette addiction des autres.
- L'importance d'une collaboration avec le médecin du travail
- La place de l'arrêt de travail, qui peut constituer une forme de sevrage

²⁷ Selon l'article L. 4624-1 du code du travail, ancien article L. 241-10-1:

« Le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de poste, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé « physique et mentale » des travailleurs.

Le chef d'entreprise est tenu de prendre en considération ces propositions et en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.

En cas de difficulté ou de désaccord, la décision est prise par l'inspecteur du travail après avis du médecin inspecteur du travail.»

2^{ème} PARTIE : ILLUSTRATIONS CLINIQUES

I/ Remarques préliminaires

Notre démarche initiale a été de solliciter l'ensemble des consultants du service d'addictologie du Centre Hospitalo-Universitaire de Nantes, afin de savoir s'ils pouvaient nous proposer de rencontrer des patients présentant une addiction au travail, ou dont la problématique addictive à l'origine de la demande de soins pouvait faire l'objet d'une discussion diagnostique. Nous avons également sollicité des psychiatres exerçant dans des services de Psychiatrie adulte de secteur.

Il s'est avéré qu'aucun patient ayant consulté ou ayant été hospitalisé pour ce motif précis ne nous a été adressé.

Finalement, deux situations cliniques nous ont été proposées:

- La première (Mr B, 45 ans), est celle d'un patient hospitalisé pour idées suicidaires, sorti prématurément, contre avis médical, et qui a poursuivi son suivi psychiatrique en libéral. Nous avons donc été amenés à rencontrer ce patient, dans le cadre d'entretiens semi-dirigés, trois mois à distance de cet épisode, avec son accord et celui du psychiatre l'ayant suivi au cours de son hospitalisation. La passation de l'échelle WART a également été effectuée lors de ces rencontres.
- La seconde (Mr T, 50 ans) est celle d'un patient hospitalisé pour tentative de suicide dans un contexte de surmenage professionnel. Il a par la suite été suivi dans un centre médico-psychologique, mais s'est suicidé par pendaison quelques mois après l'arrêt du suivi. Après accord de son psychiatre traitant, nous avons pu reprendre les éléments cliniques de son dossier médical.

A ce stade, la première conclusion que l'on peut tirer rejoint nos hypothèses initiales : l'addiction au travail n'est pas, ou très rarement, un motif principal de consultation. Néanmoins, des patients pris en charge pour d'autres problématiques addictives ou psychiatriques (idéations suicidaires, passages à l'acte autoagressifs, etc...) peuvent présenter en toile de fond un rapport au travail relevant d'une addiction.

II/ 1^{ère} vignette : Mr B, 45 ans : « remettre vite le couvercle et repartir »

1. Observation médicale

Il s'agit d'un patient de 45 ans, qui nous est adressé par le psychiatre qui l'a suivi quelques mois auparavant lors d'une hospitalisation en psychiatrie pour idées suicidaires et syndrome dépressif.

A noter que lors de notre appel téléphonique pour la prise de rendez-vous, il nous répond en disant « être en pleine réunion », puis accepte de nous rencontrer.

Nous avons réuni et synthétisé ci-dessous :

- les éléments cliniques obtenus à l'issue des entretiens réalisés avec le patient,
- les éléments cliniques dégagés à la lecture du dossier médical de son hospitalisation en psychiatrie.

Histoire récente des troubles

Mr B a été hospitalisé il y a 3 mois pour idées suicidaires et symptomatologie dépressive. Ces idées noires (se jeter dans un fleuve) sont apparues suite au suicide de l'un de ses subordonnés.

Au cours de son hospitalisation, Mr B évoque une « accumulation de stress et de fatigue » dans son travail. Il n'arrive plus à « prendre du recul » d'une manière générale. Il dit se sentir responsable du décès de son employé, ne pas réussir à s'en « détacher » et à prendre de la distance par rapport aux événements. Il aurait également souhaité « gérer ses équipes différemment ». Il craint par ailleurs une « instrumentalisation de ce suicide par les organisations syndicales » dans les jours à venir.

Cliniquement, il présente un émoussement des affects, un ralentissement psychomoteur modéré, une tristesse, une asthénie, des troubles de la concentration. Les idées suicidaires sont rapidement critiquées.

Pendant son hospitalisation, Mr B se montre très actif, dans un hypercontrôle et dans une « recherche des solutions rapides » pour améliorer son état, notamment dans le domaine du travail.

Il dit à plusieurs reprises qu'il vit « à cent à l'heure au travail », et que ce dernier lui permet « de s'échapper de certaines souffrances... ».

Il demande à sortir de l'hôpital au bout d'une semaine, alors que la durée prévue initialement était de deux semaines. Un arrêt de travail de trois semaines lui est prescrit, mais il souhaite ne s'arrêter qu'une semaine. Il lui est alors signifié le risque qu'il répète le même fonctionnement, comme il l'a fait lors des derniers arrêts de travail. Il reconnaît le caractère paradoxal de ce comportement, mais confirme son souhait de quitter le service et de poursuivre son suivi avec un psychiatre en libéral : « j'ai de la ressource, il faut aller de l'avant...je vais mettre en place des solutions concrètes ».

Dans les antécédents médicaux et chirurgicaux, on retrouve :

- Un infarctus du myocarde postérieur diagnostiqué six mois auparavant lors des vacances d'été suite à un malaise. L'hospitalisation en cardiologie a été suivie d'un arrêt de travail d'un mois et demi que Mr B n'a pas entièrement respecté.
- Une hypertension artérielle diagnostiquée au cours de cette hospitalisation en cardiologie.
- Un nouveau malaise quelques semaines plus tard ayant de nouveau nécessité une hospitalisation d'une semaine en cardiologie, suivie de la prescription d'un arrêt de travail de trois semaines, non respecté par le patient.
- Des migraines chroniques apparaissant surtout le week end.
- Un ulcère gastro-duodéal diagnostiqué il y a 3 ans.

Pas d'antécédents psychiatriques connus

Son traitement habituel comporte :

- Alprazolam 0.25 mg, trois fois par jour, si anxiété, prescrit par son médecin traitant, 10 jours avant son hospitalisation en psychiatrie.

Sur le plan des addictions, on retrouve :

- Une consommation quotidienne d'alcool (il buvait jusqu'à trois verres de whisky par jour). Il a commencé à boire avec son premier patron avec qui il s'était bien entendu, et qui l'avait amené faire la route du whisky en Ecosse. L'alcool était consommé à visée anxiolytique, mais également pour améliorer ses performances dans le cadre de son travail. Ces consommations ont ensuite augmentées progressivement. Il est abstinant

depuis trois ans suite à un diagnostic d'ulcère gastroduodéal. Il a arrêté de lui-même ses consommations et n'évoque pas d'épisode de sevrage physique.

- Une consommation de café de trente tasses par jour en moyenne, dans le cadre d'une recherche de stimulation et de performance dans son travail, depuis l'arrêt de consommation d'alcool. Elle a diminué à trois par jour depuis son infarctus.
- Un usage à visée expérimentale et récréative de morphine et de cannabis quand il était adolescent.
- Pas de tabagisme actif
- Une pratique d'exercice physique (natation, plongée) qui s'est majorée après l'arrêt de l'alcool, à raison de 2h30 de natation trois fois par semaine, et de la plongée le dimanche. Il a été amené à arrêter cette pratique après le diagnostic d'infarctus.

Situation familiale

Le patient est marié depuis sept ans. Il a rencontré sa femme il y a dix ans sur un forum Internet.

Sa femme, âgée de quarante-quatre ans, est cadre à la direction des ressources humaines d'une grande entreprise. Elle travaille à temps plein (de 9h à 17h). Elle a fait deux fausses couches il y a quatre ans, puis une interruption thérapeutique de grossesse suite à une spina bifida diagnostiquée à cinq mois et demi de grossesse. Elle a bénéficié d'un suivi psychologique par la suite.

Le couple a une fille unique de huit ans, actuellement au CM2, et qui a de très bons résultats scolaires (elle est « première de sa classe »). Elle veut être vétérinaire plus tard (« faire ce que son père n'a pas pu faire » nous dit-il), et joue du piano (« comme sa mère »).

Mr B décrit de bonnes relations avec sa femme et sa fille.

Il est l'aîné d'une fratrie de trois. Ses deux frères âgés de trente-sept et quarante et un ans sont cadres commerciaux. Il les voit peu souvent car ils n'habitent pas dans la région et ont une forte charge de travail.

Son père est âgé de soixante-neuf ans. Ils ne se voient que très rarement (deux fois par an pour les fêtes). Leur relation est décrite comme froide. Il est ancien ingénieur en bâtiment, formé à l'école des arts et métiers.

Sa mère, femme au foyer, est décédée il y a vingt-cinq ans d'une tumeur cérébrale évolutive pendant dix ans.

Il a peu connu ses grands-parents, oncles et tantes du côté paternel.

Ses grands-parents maternels sont décédés il y a dix ans.

Eléments biographiques

Le patient décrit son père comme peu présent à la maison, souvent en déplacements. Les relations étaient froides et distantes entre eux. Il consommait souvent de l'alcool mais n'était pas violent avec lui ou ses frères.

Il se disait très proche de sa mère. Son décès d'une tumeur osseuse a été un vrai traumatisme, dont il n'a jamais pu parler.

Il a dû par la suite s'occuper de ses frères (« il fallait se serrer les coudes pour réussir »).

A l'école il a toujours été premier de sa classe. Il souhaitait faire une école vétérinaire après le baccalauréat, mais a dû renoncer à son projet suite au décès de sa mère. Il a cumulé par la suite les « petits boulots », puis s'est inscrit dans une école d'ingénieur où il a terminé major de sa promotion.

Lors de l'interruption thérapeutique de grossesse, il évoque la résurgence d'angoisse liée au décès de sa mère. Sont apparus des sentiments de culpabilité par rapport à sa fille, du fait qu'elle n'ait pas de frères et sœurs.

Ces mêmes angoisses sont réapparues au moment de son infarctus du myocarde, avec la peur que sa fille ne devienne orpheline.

Sur le plan de sa situation professionnelle

Il a suivi une formation d'ingénieur agronome puis une école de commerce.

Il a travaillé sept ans dans une PME²⁸ de restauration collective, où il était amené à effectuer de nombreux déplacements. Il vivait alors chez son père, mais rentrait peu souvent au domicile du fait des contraintes de son travail (« on avait plus d'horaires »). Il dit avoir beaucoup culpabilisé de s'être éloigné de sa famille pendant cette période.

Par la suite, il a travaillé sept ans dans une autre PME, avec un statut et des conditions de travail similaires. Il parle la encore de « gros rythme de travail ».

Il est actuellement ingénieur en chef d'un service de restauration collective d'une grande entreprise. Il a changé d'entreprise en partie pour gagner plus d'argent. Il est responsable d'environ deux cent employés, « de 12.5000 repas par jour et de 2.8 millions de repas par an ». Ses horaires sont libres. Il travaille en moyenne de 7h30 à 18h30 soit 53 heures par semaines environ.

²⁸ Petite et Moyenne Entreprise

Ce travail a été un choix de sa part, et lui procure du plaisir. Il dit apprécier l'ambiance bruyante dans les cuisines (« j'ai toujours aimé avoir du bruit et du monde autour de moi »). Il parle également de la vitesse de travail dans ce milieu (« on travaille toujours très vite dans la restauration, quelque soit le statut. C'est culturel ! », « si je n'ai pas ce rythme, je m'embêterai »).

Il dit être assez isolé sur le plan professionnel, car n'a que peu de collègues ou d'employés ayant le même statut que lui. Il ne s'autorise que dix à quinze minutes de pause pour manger le midi, de peur d'être abordé par des employés syndiqués ayant des revendications. Cette alimentation trop rapide explique selon lui son surpoids actuel.

Il dispose de cinq semaines de congés annuels par an. Il part en général une semaine aux sports d'hiver et deux semaines en été. Il dit ne pas réussir vraiment à « couper ». Il est souvent appelé par ses collègues, ou regarde ses mails sur son téléphone portable, de même que le soir et le week end. Il dit recevoir en moyenne cent vingt mails professionnels par jour. Par ailleurs, il n'arrive jamais à prendre ses journées de RTT. En revanche, il ne ramène jamais de travail (projets, dossiers, etc...) à effectuer chez lui.

Il évoque une évolution dans l'organisation de son travail depuis une dizaine d'années. Il parle d'une hausse des contraintes administratives, des objectifs de travail imposés par la direction, davantage quantitatifs que qualitatifs. L'outil informatique a également été imposé, sans que le personnel ne soit formé. De plus, les effectifs ont été diminués, et il arrive parfois qu'il n'y ait pas de possibilités de suppléance. Les ordinateurs portables et les « smart phones » ont également été imposés par la direction il y a cinq ans, dans le cadre de la gestion des mouvements sociaux. Leur utilisation a par la suite été maintenue et généralisée.

Par ailleurs, il a de plus en plus l'impression d'être éloigné du terrain, de ses subordonnés, d'être comme dans une « tour d'ivoire ».

Il s'est senti très mal à l'aise lors de la mise à plat et de la réduction des effectifs pour des raisons d'économie budgétaire, car cela entraine en conflit avec ses valeurs morales et éthiques.

Au cours des entretiens réalisés avec Mr B, trois mois après sa sortie d'hospitalisation

Les entretiens ont régulièrement été interrompus par des appels téléphoniques reçus sur son téléphone portable (de type « smart phone »). Il nous dit recevoir des mails et des coups de téléphone en permanence, et devoir être tout le temps disponible et joignable.

Mr B nous confirme avoir repris le travail plus tôt que prévu (il ne s'est arrêté qu'une semaine au lieu des trois prescrites initialement) : « il fallait vite remettre le couvercle et repartir », « retravailler pour m'échapper ».

Il reprend les éléments biographiques et liés à son travail cités ci-dessus. Il a les larmes aux yeux lors de l'évocation du décès de sa mère, et aborde difficilement ce sujet.

Il dit aller mieux en ce moment. Il arrive à se fixer davantage de limites dans son travail. Il se sent moins « indispensable qu'avant » et ne culpabilise plus d'être absent alors que sa collègue est en congé maternité par exemple et que la charge de travail a augmenté. Il essaye de déléguer davantage, même s'il n'a pas toujours le choix. En effet, du fait de contraintes dans l'organisation du travail et des objectifs, il se sent obligé par moment de faire le travail des autres car « ça n'avance pas assez vite ».

Concernant les mails, il se donne deux à trois jours avant d'y répondre, et non plus immédiatement comme il pouvait le faire il y a quelques mois. En outre, les trajets en train constituent à présent des « sas de décompression », et permettent une véritable coupure entre chez lui et son travail.

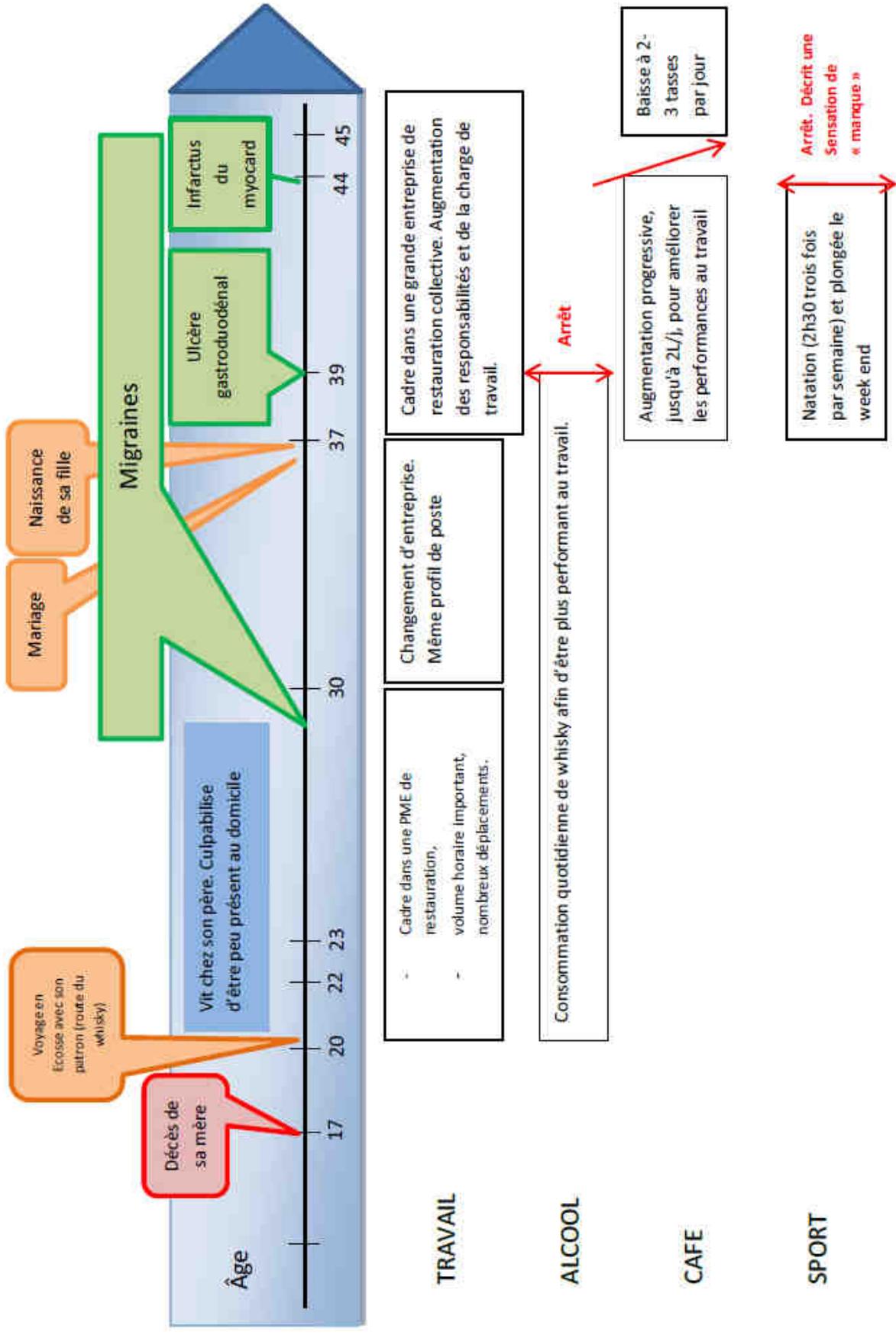
Il prend également plus de temps pour manger le midi (une heure en moyenne)

Il explique cette amélioration par le « déclic » qui s'est produit lors de son infarctus.

Néanmoins, il dit qu'il lui « manque quelque chose » actuellement. Bien que le sport soit contre-indiqué, il envisage de pratiquer des sports de voile (planche à voile) ou un autre sport d'eau.

Son projet est d'acheter une maison près de la côte afin de la laisser à sa femme et sa fille « s'il devait lui arriver quelque chose ».

Dans le schéma ci-dessous, sont résumés certains des éléments cliniques que nous venons de détailler.



Passation de la WART

Le score global retrouvé est de 61/100, ce qui correspond à la catégorie « sujet à risque d'addiction au travail ».

Il est à noter que ce questionnaire a été rempli par le patient à un moment favorable de l'évolution de sa problématique.

Les scores les plus élevés ont été retrouvés dans les questions concernant :

- la difficulté à déléguer et le manque de maîtrise sur son travail (questions 1,2,16,17), (« je ne retrouve pas chez les autres les exigences que je me fixe à moi-même », « on ne fait que valider les projets mais ils nous filent entre les doigts par la suite »),
- le manque de temps (questions 3, 5, 6, 11, 18 (« on court toujours après le temps », « on survole les choses, on ne les fait qu'à moitié », « tout va très vite », « il ne vaut mieux pas regarder les plannings »),
- la culpabilité de ne pas travailler (question 8) (« notamment par rapport aux collègues »).
- L'absence de sens dans le travail et le fait d'être plus intéressé par le résultat final que par la manière d'y arriver.

En revanche les questions concernant les conséquences au niveau de la sphère familiale et des loisirs, c'est-à-dire les dommages, ont un score faible. (Questions 23 et 24)

2. Réflexion diagnostique

- Peut-on parler d'une addiction au travail dans le cas de Mr B ?

Cette première question nous amène à essayer de rapprocher les éléments cliniques décrits ci-dessus, des critères de Goodman, faisant consensus dans le champ des addictions (cf. annexe).

Selon la définition de l'addiction formulée par Goodman, on retrouve bien dans le comportement de Mr B la recherche d'un plaisir, mais également celle du soulagement d'un malaise intérieur grâce au travail (« m'échapper d'une certaine souffrance », « retravailler pour m'échapper », « vite remettre le couvercle »). Le non-respect des arrêts de travail

successifs prescrits malgré la conscience de ses troubles, de ses complications, et l'hospitalisation en psychiatrie, témoigne du caractère répétitif du comportement et de sa persistance en dépit des conséquences négatives.

Les critères majeurs (A, B, C, D, F), renvoyant notamment à la notion de craving, sont peu explorés par l'échelle WART. On retrouve néanmoins la notion de perte de contrôle pendant le comportement (« je n'arrive plus à prendre du recul »), de plaisir pendant la réalisation du travail, et l'impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement (sortie précipitée et prématurée d'hospitalisation pour reprendre le travail rapidement). Par ailleurs, les troubles durent depuis plus d'un mois (critère F).

Concernant les critères mineurs, il existe :

- une préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation (question 21 de la WART : « j'aime souvent préparer mon travail pour « prendre de l'avance »)
- une intensité et une durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine (durée hebdomadaire de travail de cinquante-trois heures, question 15 de la WART : « je continue souvent à travailler quand mes collègues ont quitté le bureau »)
- la survenue fréquente des épisodes quand le sujet doit accomplir des obligations familiales ou sociales (n'arrive pas à « couper » quand il rentre chez lui ou pendant les vacances, est souvent dérangé via les mails ou le téléphone portable en dehors de ses heures de travail)
- la perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant d'ordre social, psychologique et psychique (cf. ci-dessus)
- Une agitation ou une irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement (question 19 de la WART : il m'est difficile de me détendre quand je ne travaille pas, la difficulté à supporter les périodes d'arrêt de travail)

On retrouve donc la présence de trois critères majeurs et de cinq critères mineurs.

Plusieurs éléments cliniques de cette observation se rapprochent donc bien des critères de Goodman.

De plus, d'autres éléments cliniques coïncident avec certaines caractéristiques retrouvées dans la revue de la littérature :

- la nature du poste de travail (cadre d'une grande entreprise, avec un haut niveau de responsabilité, une autonomie dans le travail et une flexibilité des horaires).
- les complications consécutives à la conduite :
 - sur le plan somatique : pathologies cardiovasculaires (infarctus du myocarde, hypertension artérielle), migraine et ulcère gastroduodéal.
 - sur le plan psychique : la présence de symptômes anxio-depressifs et d'idées suicidaires.
 - Sur le plan social et familial : l'isolement familial (avec ses frères et son père), et amical.
- Le passage de la consommation d'un produit à un autre (l'alcool arrêté après le diagnostic d'ulcère, relayé par une consommation massive de café et par une pratique sportive importante afin d'être plus performant au travail), et donc le chevauchement entre les possibles addictions du patient. Le « manque » ressenti depuis son infarctus et l'arrêt de tout produit, peut faire évoquer une dépendance psychique à ces produits psychotropes. A noter que toutes ces conduites sont liées à sa pratique professionnelle.
- Le score retrouvé à la WART (sujet à risque d'addiction)

Par conséquent, on constate que de nombreux arguments convergent vers un diagnostic d'addiction au travail.

- **Quels autres diagnostics peuvent être discutés dans le cas de Mr B ?**

On ne retrouve pas ici d'éléments en faveur d'un état maniaque ou hypomaniaque chez ce patient, ni d'un trouble obsessionnel compulsif.

Aucun élément n'est en faveur de pression extérieure directement exercée par la hiérarchie, telles qu'on peut les retrouver dans des problématiques de harcèlement.

Lors de la phase aigüe des troubles constatés chez Mr B (notamment au moment de l'hospitalisation), il ne s'agissait pas non plus d'un simple excès de travail, dans une période limitée dans le temps, où le patient arrivait lui-même à fixer ses limites, et à investir d'autres champs d'intérêt.

3. Hypothèses psychopathologiques

Il s'agit ici de reprendre les éléments retrouvés chez Mr B en lien avec sa propre subjectivité, son histoire personnelle, mais également son environnement socio-professionnel et familial, pouvant expliquer le rapport qu'il entretient avec son travail. Nous nous baserons pour cela sur le modèle biopsychosocial, en reprenant les facteurs individuels, ceux liés au travail et à son organisation et ceux liés à l'environnement.

- Sur le plan individuel

- Le travail semble avoir chez Mr B une fonction auto-calmante et anesthésiante, afin d'oublier les problèmes, de ne plus penser, comme l'illustrent certains de ses propos (« travailler pour échapper à certaines souffrance », « remettre le couvercle »).
- Les souffrances qu'évoquent Mr B, semblent notamment provenir du décès de sa mère, véritable deuil traumatique qui n'a pu être travaillé et élaboré, source d'angoisse à différents moments charnières de sa vie (interruption thérapeutique de grossesse chez sa femme, infarctus du myocarde avec peur que sa fille soit orpheline). Par ailleurs, Mr B relate l'existence en toile de fond d'angoisse de mort, et de laisser sa femme et sa fille seules. Dans ce contexte, l'hyperactivité au travail peut alors constituer un moyen de défense.
- On peut également supposer l'existence de carences affectives et d'une fragilité narcissique, chez Mr B, qui résultent de relations difficiles avec son père, décrit comme froid et distant.
- On retrouve également une certaine rivalité œdipienne avec l'image paternelle, qui symbolise la réussite professionnelle (ancien ingénieur des arts et métiers).
- Des éléments peuvent aussi être en lien avec des troubles d'ordre psychosomatiques. En témoigne la présence dans les antécédents somatiques d'hypertension artérielle, de migraine, d'ulcère gastroduodéal, mais également d'une pensée de type opératoire (« aller de l'avant », « trouver des solutions concrètes »), reflet d'une répression de la vie affective.

- Sur le plan de la personnalité, il existe des éléments en faveur d'une personnalité obsessionnelle-compulsive, avec notamment une difficulté à déléguer les tâches, un hyper contrôle et une maîtrise (symbolisés par la plongée sous-marine et ses contrôles de paliers, un de ses rares loisirs) et d'un profil de type A avec un sentiment d'urgence dans le temps, une impatience, un goût pour la combativité et la compétitivité (a toujours été premier de sa classe, puis major de promotion) en plus du fort investissement au travail.

- **Sur le plan du travail et de son organisation**

- Mr B évoque bien les évolutions et mutations observées depuis quelques années dans cet entreprise de restauration collective, avec l'émergence des nouvelles méthodes de gestion et de management calquées sur le modèle du privé, les objectifs quantitatifs devenant prioritaires sur le qualitatif, avec parallèlement une diminution des effectifs engendrant des phénomènes de double contrainte (en faire plus avec moins de moyens).
- L'existence d'une perte du sens de son travail (éloignement du terrain, accumulation des contraintes administratives, validation des projets sans pouvoir les mener jusqu'à leur terme.
- L'émergence d'une souffrance liée aux contradictions entre ses valeurs personnelles et son éthique, et la politique salariale de son employeur (suppression d'emplois).
- L'ambiance du travail « rapide et bruyante » dans le milieu de la restauration et ses contraintes, pouvant générer des phénomènes d'auto-accélération chez les employés.

- **Sur le plan du contexte familial**

- On retrouve un modèle éducatif strict (« il fallait se serrer les coudes pour réussir »), des études supérieures ayant débouché sur des postes à responsabilité pour l'ensemble de la fratrie.

- Ce modèle basé sur l'excellence et la réussite scolaire et professionnelle semble se répéter avec la fille de Mr B (également première de la classe, jouant du piano comme sa mère et voulant être vétérinaire plus tard, projet professionnel que son père avait souhaité plus jeune sans pouvoir le réaliser).

- **Sur le plan du contexte socio-culturel**

- On constate l'utilisation de nouvelles technologies de la communication (téléphone portables de type smart-phone, ordinateur portable) qui participe à un effacement des limites entre la vie privée et la vie professionnelle, obligeant Mr B à être disponible pour son travail à tout moment (vacances, entretiens médicaux, etc...).
- Enfin, il existe un rapport au temps chez Mr B empreint d'urgence, d'impatience et d'immédiateté (« travailler à deux cent à l'heure », « si je n'ai pas ce rythme je m'embêterai »), reflet d'une société exigeante qui repousse sans cesse les limites favorisant l'action immédiate au détriment de la réflexion.

4. Éléments de prise en charge

- **Quels sont les éléments mis en place par Mr B, participant à son amélioration clinique ?**

On remarque tout d'abord que les demandes d'aide et de prise en charge sur le plan psychique et addictologique chez Mr B ont fait suite à des pathologies somatiques (ulcère gastroduodéal pour l'alcool, infarctus du myocarde pour le travail), l'atteinte du corps semblant constituer une véritable limite pour le patient, participant ainsi à une prise de conscience de ses troubles et à l'émergence d'une demande.

On constate l'apport bénéfique de la mise en place de sas de décompression entre son domicile et le travail (via le trajet en train), d'une limitation de l'utilisation de son téléphone portable et de la consultation de ses mails en dehors de ses heures de travail, et du respect des temps de coupure (repas du midi).

Une prise de conscience semble avoir également émergée sur le fait qu'il n'était pas indispensable au fonctionnement de l'entreprise, et qu'il pouvait déléguer certaines tâches à des collègues ou des subordonnés.

A noter qu'en plus de ces mesures concrètes et pragmatiques mises en place par Mr B, ce dernier a également débuté un suivi psychothérapique par un psychiatre libéral depuis sa sortie d'hospitalisation.

- **Quels sont les axes de prise en charge que l'on pourrait proposer à ce patient ?**

- Renouveler si besoin des périodes d'arrêt de travail
- Entamer une collaboration avec le médecin du travail.
- Poursuivre le travail sur les limites entre les espaces professionnels et personnels (tenue d'agendas comparatifs, comptabilisation de ses horaires, etc...).
- Travailler sur le lâcher-prise (relaxation, sophrologie, etc...) en rapport avec son fonctionnement de maîtrise et d'hypercontrôle.
- Favoriser l'émergence de nouveaux centres d'intérêt (loisirs, etc...).
- Favoriser l'expression des émotions chez ce patient.
- Initier un travail d'élaboration psychique notamment autour du deuil traumatique de sa mère.
- Reprendre avec le patient les éléments à l'origine d'une souffrance éthique, d'une perte de sens de son travail, pour qu'il puisse se le réapproprier.

III/ 2^{ème} vignette clinique : Mr T, 43 ans : « mon maitre mot: l'efficience ! »

1. Observation médicale

Cette présentation clinique est issue de la reprise d'un dossier médical. Le patient n'a pas pu être rencontré en raison de son décès.

Il s'agit d'un patient de 43 ans, hospitalisé en psychiatrie (en hospitalisation libre) suite à une tentative de suicide par pendaison dans sa voiture.

On ne retrouve aucun antécédent médical.

Dans ses antécédents psychiatriques, on retrouve une tentative de suicide à l'âge de 20 ans dans le cadre d'une problématique sentimentale au moment de la rencontre avec son épouse actuelle.

Il existe également un tabagisme actif.

Aucun traitement habituel n'est prescrit.

Situation professionnelle

Mr T a une formation initiale d'ingénieur.

Il travaille depuis 15 ans dans la même entreprise, comme cadre supérieur, avec une quinzaine de subordonnés, et le PDG²⁹ comme supérieur hiérarchique direct.

Lors de ses RTT³⁰, il donne des cours de management dans une faculté.

Il est à noter que le groupe a été racheté il y a quelques années par une firme étrangère.

Situation familiale

Mr T est marié, a trois enfants issus de cette union et qui ne vivent plus avec eux (deux fils de 26 et 23 ans qui font leurs études dans d'autres villes, et une fille actuellement au lycée, en internat la semaine et au domicile de ses parents le week end).

Sa femme ne travaille pas. Elle aurait été suivie par des psychiatres dans le passé dans le cadre des conflits conjugaux avec son mari.

En effet, les relations conjugales sont décrites comme conflictuelles depuis longtemps (« un jeu de ping-pong » pour Mr, une « comédie » pour Mme), avec de la violence verbale mais également physique. Mr T est décrit par sa femme, comme un « tyran, jaloux, et qui veut tout maîtriser au domicile ». Elle-même aurait été jalouse d'une collègue de Mr T. Elle a envisagé à plusieurs reprises une séparation mais a finalement décidé de rester.

Par ailleurs, Mr T. a deux demi frères plus jeunes que lui du côté paternel.

Son père, avec qui il avait peu de contact, est décédé il y a une dizaine d'années.

²⁹ Président Directeur Général

³⁰ Réduction du temps de travail

Éléments biographiques

Le patient dit avoir été abandonné par sa mère alors qu'il n'avait que 2 ans, puis élevé par sa « mère adoptive », la nouvelle compagne de son père (il n'a appris la vérité et n'a été adopté réellement qu'à l'âge de 11 ans).

Son père est décrit comme autoritaire et rejetant, pouvant le punir très durement, notamment pendant les fêtes de Noël. Il pouvait également être très ambivalent dans ses propos, émettant de nombreux messages paradoxaux, lui disant qu'il l'aimait, tout en étant très sévère avec lui. Il dit avoir été « mis à la porte de chez son père » à ses 18 ans.

Histoire récente des troubles

Mr T évoque des difficultés dans son travail depuis environ 6 mois. Son employeur, en disant le considérer comme un des meilleurs éléments de l'entreprise, lui aurait demandé de mettre en place de nombreux projets, alors que parallèlement ses collègues étaient en arrêt de travail. Pour faire face, il a été amené à augmenter significativement son temps de travail. Peu à peu, il consacre l'intégralité de son temps à la « recherche de solutions » pour fournir les mêmes résultats avec moins de personnel. Il se renferme progressivement sur lui-même, mange peu et dort mal.

Il est alors mis en arrêt de travail pendant deux semaines. A son retour, la même logique se met en place. Il se rend à son travail dès 5h du matin, mange en cinq minutes le soir, puis va se coucher très tôt. Son sommeil est de mauvaise qualité. Au domicile, il est de plus en plus renfermé sur lui-même, et n'éprouve plus de plaisir pour ses loisirs habituels, tels que la lecture.

Il évoque également un harcèlement moral au travail par son employeur, et fait part d'un complot autour de lui pour le mettre à l'écart, avec l'impression d'être parfois suivi en voiture. Il a pour projet d'entamer une procédure contre son employeur.

Plus récemment, alors qu'il est en RTT et part donner un cours, il reçoit un coup de téléphone de son PDG, lui demandant d'effectuer de nouvelles missions. Suite à cela, il erre en voiture, ne donnant plus de nouvelles, puis écrit une lettre à sa famille et tente de se pendre dans sa voiture à la poignée qui se trouve au-dessus du siège du conducteur. Suite à l'échec de cette tentative, il se rend par la suite de lui-même aux urgences.

A son arrivée dans le service

Il critique son passage à l'acte suicidaire mais demande très rapidement sa sortie de l'hôpital (« soit je reste et je sombre, soit je sors et je peux me reconstruire »). Devant l'inquiétude de son épouse et l'annonce par les médecins d'une possibilité d'hospitalisation sous contrainte, il accepte finalement de rester hospitalisé, afin de réfléchir à son acte, rompre son « obsession » envers le travail, et se recentrer sur son environnement familial et amical.

Evolution dans le service

Le discours de Mr T. est centré essentiellement sur la problématique du travail. Il met en avant des « doubles contraintes » et l'impression de recevoir des messages contradictoires de la part de son employeur, qui lui demanda d'en faire plus avec moins de moyens. Il dit également avoir beaucoup de mal à accepter de ne pas trouver de solutions rapides pour son travail (« mon métier, c'est trouver des solutions »). Cet investissement au travail s'est fait au détriment d'autres centres d'intérêt (loisirs, amis, famille).

Sur le plan familial, il décrit sa femme comme quelqu'un de « dure ». Elle ne travaillait pas et donc « dépendait de lui ». Son arrêt de travail est alors vécu comme un aveu de faiblesse vis-à-vis d'elle. Il pensait qu'elle pourrait le quitter suite aux difficultés qu'il a rencontrées. Il a peur de l'avoir « déçue ». Pour autant, il n'évoque pas de projet de séparation.

Plusieurs parallèles sont fait entre son employeur et son père, par rapport à leur caractère autoritaire et aux messages paradoxaux envoyés. Il revient aussi sur ses peurs d'être abandonné par sa femme, mais également d'être mis de côté par son employeur, et fait le lien avec son passé et le vécu abandonnique par rapport à sa mère et son père.

Par ailleurs, des éléments de persécution sont retrouvés dans le discours de Mr T. Il dit se sentir « testé » et « surveillé » par les soignants, ce qui fait écho aux idées de complot et de harcèlement évoquées dans son travail.

Le choix a donc été fait d'introduire un traitement antipsychotique (Amisulpride 400mg/j), en rapport avec son vécu persécutoire.

Mr T critiquera progressivement ces idées de complot.

Il parviendra à retrouver des plaisirs simples, et à réinvestir d'autres centres d'intérêt que le travail (lecture, cuisine, etc...)

Un arrêt de travail de plusieurs semaines est mis en place ainsi qu'une poursuite du suivi en ambulatoire dans un centre médico-psychologique.

Le diagnostic retrouvé sur le compte rendu d'hospitalisation est : « trouble psychotique aiguë » (F 23.00 selon la CIM-10)

Au cours du suivi ambulatoire

Mr T. a repris progressivement son travail, fait part d'évolutions positives au niveau de l'organisation dans son entreprise. Les absences d'employés sont davantage compensées, et les horaires des cadres sont réaménagés. Il a par ailleurs reçu des manifestations de soutien de la part des autres employés, dont certains ont également fait part de leur sentiment d'être également harcelés par leur employeur.

De son côté, il a pu se recentrer sur des domaines d'activité directement en rapport avec ses compétences. Par ailleurs, il décrit une amélioration du dialogue avec la direction, et dit avoir même pu se mettre en colère contre son employeur qui le mettait à nouveau dans une situation de double contrainte.

Ses collègues le trouvent plus posé et plus calme, ce qui semble paradoxalement le stigmatiser dans l'entreprise. Il dit également se sentir moins efficace au travail, alors que son maître mot dans la vie c'est « l'efficience ».

Il a également pu déléguer davantage à ses collègues, et arrive mieux à séparer ses activités professionnelles et personnelles (il ne regarde plus ses mails ou ne consulte plus son téléphone professionnel au domicile par exemple)

Le traitement antipsychotique a été progressivement arrêté, du fait de l'amendement et la critique de la symptomatologie de persécution, et de la mauvaise tolérance du produit (sédation).

Par ailleurs, on note plusieurs correspondances entre le psychiatre et le médecin du travail concernant l'aptitude de Mr T. à exercer son travail à temps plein, avec un avis médical favorable.

Mr T évoque aussi son projet de sevrage tabagique.

Sur le plan conjugal, les relations avec son épouse se sont dégradées de nouveau. Sa femme, vivant mal le fait d'être « entretenu », aurait ouvert un magasin, qu'elle a dû néanmoins fermer quelques mois plus tard.

Du fait des difficultés financières consécutives à cette fermeture, « toute la famille a dû se mettre à la rigueur budgétaire ».

De son côté, Mr T évoque des pressions de la direction du fait de résultats déficitaires et de menaces de fermeture de l'entreprise.

Quelques mois plus tard, on apprend que suite à un dénigrement en public de son projet pour l'entreprise, Mr T a de nouveau été mis en arrêt de travail. Il a par la suite été déclaré par le médecin du travail « inapte à son poste avec danger immédiat et aucun reclassement possible ».

Quelques mois plus tard, après plusieurs rendez-vous manqués avec son psychiatre, on apprend par son médecin traitant que Mr T s'est suicidé par pendaison, suite à une nouvelle dispute conjugale.

2. Réflexion diagnostique

- Peut-on parler d'une addiction au travail dans le cas de Mr T. ?

Il s'agit d'essayer de rapprocher les éléments cliniques exposés précédemment avec les critères de Goodman.

On constate que le travail peut revêtir pour Mr T une fonction de soulagement par rapport à un malaise intérieur (« reprendre le travail pour pouvoir me reconstruire »). On retrouve également la persistance et le caractère répété du comportement en dépit des conséquences négatives (inefficacité de l'arrêt de travail, refus de rester hospitalisé malgré la tentative de suicide, etc...). Mr T semble donc confronté à une impossibilité à résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement (critère majeur A), qui dure depuis plus d'un mois (critère majeur F)

Par ailleurs, ce comportement qui présente un caractère central dans la vie de Mr T, a des répercussions sur sa vie familiale (aggravation des conflits conjugaux, repas du soir écourté), et sur sa vie personnelle et ses loisirs (ne lit plus, donne des cours pendant ses RTT). Ceci rejoint les critères mineurs 5, 6, et 7. Le temps consacré à travailler est également élevé (critère mineur 4)

Par conséquent, de nombreux éléments retrouvés dans le dossier médical convergent vers un possible diagnostic d'addiction au travail.

On peut également citer les complications psychiatriques retrouvées, chez Mr T, telles que la symptomatologie dépressive (insomnie, anhédonie), la tentative de suicide, et le harcèlement moral au travail.

- **Quels autres diagnostics peuvent-ils être discutés ?**

La question concerne essentiellement le harcèlement moral évoqué par le patient. Il pourrait être une conséquence de son addiction au travail, mais aussi à l'inverse, une cause de l'hyperactivité professionnelle de Mr T, qui serait alors consécutive à des pressions exercées directement par la hiérarchie.

Le harcèlement évoqué par Mr T peut également être remis en question, notamment en regard de certains éléments de persécution (impression d'être surveillé par les soignants, complot, etc...) pouvant faire évoquer une psychose chronique de type paranoïaque, ou encore une personnalité paranoïaque (patient décrit par sa femme comme un tyran, jaloux et qui veut tout maîtriser). Il pourrait également s'agir d'idées de persécution congruentes à l'humeur dans le cadre d'un syndrome dépressif. Néanmoins, le soutien d'autres membres de l'équipe, et des situations similaires évoquées par d'autres employés sont des éléments en faveur d'un harcèlement professionnel

3. Hypothèses psychopathologiques

- **Sur le plan individuel**

- On retrouve une fragilité narcissique qui peut être en lien avec le vécu abandonnique vis-à-vis de sa mère. Cette relation semble se rejouer avec sa femme, sans emploi et dépendante de lui financièrement, avec la peur qu'elle le quitte suite aux difficultés professionnelles.
- On peut également s'interroger sur la similitude et la répétition des relations entretenues avec son père, et de celles entre lui et son patron (messages contradictoires, double contrainte, le fait d'avoir été « mis à la porte de chez son père », phrase empruntée au vocabulaire professionnel), comme si Mr T revivait avec son patron, les conflits qui existaient avec son père.

- Certains éléments questionnent l'existence d'un fonctionnement psychique de type opératoire chez Mr T (« rechercher des solutions », « mon maître mot c'est l'efficacité », etc...)
- Par ailleurs, un manque d'assertivité pourrait expliquer son incapacité à dire non, sans pour autant être harcelé.
- Enfin, certains éléments peuvent évoquer une personnalité obsessionnelle-compulsive (difficulté à déléguer les tâches), et paranoïaque (jaloux, « tyran à la maison », idée de persécution, de complot, etc...).

- **Sur le plan du travail et de son organisation**

- Mr T évoque de lui-même l'existence d'injonctions paradoxales, de phénomène de double contrainte, avec l'impression de recevoir des messages contradictoires de la part de son employeur (en faire plus avec moins de moyens, moins de personnel), ce qui peut être source de souffrance psychique.
- De plus, l'entreprise a été rachetée récemment par une firme étrangère, et on peut donc supposer qu'il y a eu des mutations et des évolutions récentes dans les méthodes de gestion et de management du groupe.
- Enfin, la position hiérarchique de Mr T dans l'organigramme de l'entreprise (cadre supérieur) le place dans une situation à la fois de grande autonomie, mais également de contrainte avec les injonctions du PDG qui est son supérieur hiérarchique direct.

- **Sur le plan du contexte familial**

- Le conflit conjugal visiblement anciens, peuvent être à l'origine de l'hyperactivité professionnelle de Mr T, afin de fuir une vie de couple difficile.

- **Sur le plan du contexte socio-culturel**

- Cette présentation clinique met là encore en évidence l'effacement des frontières entre la vie personnelle et la vie professionnelle de Mr T. En témoigne l'appel sur son téléphone du PDG en dehors de ses heures de travail, et les cours de management

donnés pendant ses RTT. On retrouve de nouveau le rôle joué par les nouvelles technologies de communication (téléphone portable, Internet, etc...)

- Mr T semble également gérer sa vie familiale et ses loisirs sur le même mode qu'une entreprise (« toute la famille s'est mise à la rigueur budgétaire »), signe d'une contamination de l'idéologie managériale sur le quotidien du patient.

4. Eléments de prise en charge

- *Quels éléments de prise en charge ont contribué à l'amélioration clinique initiale chez Mr T ?*

- La séparation entre les activités professionnelles et personnelles (il ne consulte plus son téléphone portable ou ses mails professionnels en dehors des horaires de travail).
- Sa capacité à déléguer davantage à ses subordonnés et collègues, et le fait de pouvoir exprimer ses opinions plus facilement à son employeur grâce à une meilleure estime de lui-même.
- Le traitement antipsychotique pouvant jouer sur les éléments projectifs et de persécution, permettant également une prise de recul du patient de sa situation du fait de ses effets d'indifférence psychoaffective.
- Une amélioration des conditions de travail par l'employeur (réaménagement des horaires, absences compensées)
- Un contenu de travail correspondant plus à ses compétences et qualifications, ce qui contribue à lui donner davantage de sens.
- A noter également les liens établis entre le psychiatre et le médecin du travail de Mr T afin d'adapter au mieux sa reprise du travail à l'issue de l'hospitalisation.

On remarque par ailleurs, la nécessité de la mise en place d'un arrêt de travail mais son caractère non suffisant dans la prise en charge avec une reprise d'une dynamique similaire chez le patient dès sa reprise d'activité.

Cette situation clinique éclaire également sur le risque suicidaire non négligeable dans cette problématique.

IV/ Discussion des cas cliniques

L'exposé de ces vignettes cliniques permet de dégager certains points communs aux deux situations.

On retrouve tout d'abord chez ces deux patients, le même mode d'entrée dans les soins, à savoir une hospitalisation en psychiatrie suite à une tentative de suicide ou à l'existence d'idées suicidaires. Ceci marque la gravité des complications d'une addiction au travail, dont l'issue peut être fatale (cas de Mr T).

De plus, les deux patients travaillent comme cadre supérieur, profession retrouvée comme étant à risque dans la revue de littérature.

On constate leur difficulté à respecter les temps d'hospitalisation et d'arrêt de travail, leur volonté commune de « rechercher des solutions », ce qui témoigne d'un fonctionnement psychique de type opératoire, d'une difficulté à différer et d'un recours à l'agir.

Sur le plan des vulnérabilités individuelles, on retrouve dans les deux cas, des carences affectives et une fragilité narcissique (père distant, décès précoces d'un des parents, etc...), à l'origine d'un probable besoin de quête de reconnaissance à travers le travail.

Par ailleurs, les modes d'organisation du travail dans leur entreprise respective génèrent une souffrance psychique notamment par l'intermédiaire de messages ou d'injonctions paradoxales de la part des employeurs.

Enfin, on retrouve dans les deux cas, la place prépondérante tenue par les nouvelles technologies de l'information et de la communication (téléphone portable, internet), effaçant les limites entre la vie privée et la vie professionnelle.

Néanmoins certaines manifestations symptomatologiques diffèrent, à savoir un vécu de harcèlement moral au travail prédominant chez Mr T, et des troubles d'ordre psychosomatiques chez Mr B.

Quoiqu'il en soit, ces éléments cliniques rejoignent en partie ceux de la revue de la littérature exposés précédemment.

3^{ème} PARTIE:

**ENQUETE SUR L'ADDICTION AU TRAVAIL
AUPRES D'UNE POPULATION DE MEDECINS
HOSPITALIERS**

I/ Introduction

Comme nous l'avons vu précédemment, l'addiction au travail est un concept relativement récent, qui ne fait pas consensus au sein de la littérature scientifique, et dont les modèles théoriques diffèrent. Néanmoins, le nombre d'études concernant ce sujet se multiplie depuis plusieurs années, à l'image de l'intérêt croissant porté sur la problématique de la souffrance au travail, et sur l'influence des nouveaux modes d'organisation du travail.

Par ailleurs, on note une variabilité du taux de prévalence du workaholisme dans les différentes études (de 5 à 27%, selon les catégories socio-professionnelles et les critères cliniques et diagnostics utilisés).

Les professions les plus touchées concernent essentiellement les postes à responsabilité, souvent socialement valorisés, avec une charge de travail importante, un volume horaire variable et imprévisible (travail dans des situations d'urgence par exemple). On retrouve ces caractéristiques dans certaines professions libérales ou encore chez les cadres supérieurs.

Ainsi, plusieurs caractéristiques de la profession de médecin nous ont amenées à penser qu'elle pouvait constituer une population de choix pour une enquête sur l'addiction au travail. Il s'agit en effet d'un métier dont le statut est valorisé dans nos sociétés (même si on observe de plus en plus une forme d'attaque du métier et de manque de reconnaissance, notamment via les informations médicales vulgarisées et accessibles à tous sur Internet).

C'est une profession à forte charge de travail, avec des horaires flexibles et mal définis (la durée hebdomadaire moyenne de travail est de 57.5 heures/semaines, sans les gardes) (28), et revêtant dans certaines spécialités un caractère d'urgence. En outre, elle subit une crise démographique avec une pénurie de médecins dans certaines spécialités et certaines régions.

Elle est également soumise de plus en plus à des contraintes administratives chronophages (codification de l'activité dans le cadre de la tarification à l'acte dans les hôpitaux par exemple), mais aussi à des contraintes judiciaires (augmentation du nombre de procès pour erreur médicale), et la pratique est de plus en plus protocolisée et encadrée (via les références médicales opposables et les conférences de consensus). Dans le milieu hospitalier, le contexte actuel de maîtrise des coûts, de tarification à l'activité (T2A) peut générer des dérives (sortie de patients plus rapidement alors que leur état n'est pas stabilisé quitte à les réhospitaliser plus tard, sélection des patients selon leur pathologie, etc...). Ceci peut entrer en contradiction

avec la nature même du travail de soin, et provoquer une souffrance psychique et éthique des soignants du fait d'une compromission avec un système gestionnaire pourtant dénoncé (38).

Par ailleurs, la formation médicale est rythmée par des concours très sélectifs, entraînant chez les futurs médecins un esprit de compétition. Inversement, certains peuvent être attirés vers ce type d'études du fait de leur appétence pour cette culture de la performance. On retrouve cet esprit de compétition dans certains services hospitaliers notamment dans la lutte pour l'obtention de postes à responsabilité.

De plus, le métier de médecin peut être source de fantasmes de toute puissance et d'invulnérabilité, faisant écho à un idéal du Moi grandiose chez les professionnels, qui peut être en décalage avec la réalité par la confrontation aux difficultés du terrain.

Le choix de la profession peut parfois s'expliquer par des fragilités et des conflits personnels non résolus en lien avec l'histoire personnelle du médecin (confrontation à une maladie physique ou psychique dans la famille ou pour soi-même, etc...).

En outre, la personnalité des médecins peut être marquée par une tendance au perfectionnisme, au doute chronique (syndrome dit « de l'imposteur »), par des sentiments de culpabilité et un sens exagéré des responsabilités, renvoyant à des traits de personnalité obsessionnelle-compulsive (70).

Enfin, le médecin est souvent connu pour être un « mauvais malade » (auto-prescription, absence de médecin traitant, banalisation de la maladie, difficulté à demander de l'aide). Plusieurs études ont montré le taux important de suicide chez les médecins et la prévalence importante de maladies psychiques (dépression, burn-out, etc...) (70). On note également une étude explorant les relations entre workaholisme et burn-out chez des internes en médecine (71).

II/ Objectifs de l'enquête

Le but de ce travail est donc d'obtenir le taux de prévalence de sujet addicts au travail, au sein d'une population considérée comme étant à risque (les médecins d'un centre hospitalo-universitaire).

Il s'agit également d'établir les variables associées à l'addiction au travail dans cette population, à savoir :

- les caractéristiques sociodémographiques (âge, genre),
- Les caractéristiques de la profession (catégories professionnelles),

- le recours à des substances psycho-actives dans le cadre du travail,
- et les trois dimensions du modèle de Karasek (décrit ci-dessous) : la latitude décisionnelle, la demande psychologique et le soutien social au travail.

III/ Matériels et méthodes

1. Sujets

Les sujets inclus dans l'étude sont les médecins travaillant au CHU de Nantes inscrits sur les listes de diffusion par adresses électroniques (e-mails). L'évaluation a concerné tous les services du CHU de Nantes. Les internes et les autres employés du CHU n'ont pas été interrogés

2. Instruments d'évaluation

Le questionnaire entièrement anonyme, et ne demandant pas le service ou pôle d'affectation des médecins, comprenait (cf. annexe) :

- Les caractéristiques socio démographiques (âge, sexe), et professionnelles (PU-PH³¹, praticien hospitalier, praticien hospitalier contractuel, chef de clinique, et assistant)
- L'auto-questionnaire validé d'évaluation de l'addiction au travail (WART³²), composé de 25 questions.
- Trois questions concernant l'utilisation de substances psychoactives en rapport avec l'activité professionnelle.
- L'auto-questionnaire d'évaluation des contraintes de l'environnement psychosocial au travail (Questionnaire de Karasek), dans sa version composée de 26 questions.

Cotations pour l'auto-questionnaire WART

Les réponses sont cotées de 1 à 4 (1 : jamais, 2 : parfois, 3 : souvent, 4 : toujours). Les résultats des 25 questions de la WART sont sommés.

³¹ Professeur Universitaire-Praticien Hospitalier

³² Work Addiction Risk Test

- Si le score est inférieur à 57, le répondant est considéré comme non addict au travail.
- S'il est compris entre 57 et 66, le répondant est à risque d'être addict au travail.
- Pour un score supérieur ou égal à 67, l'addiction au travail est considérée comme effective.

Cotations pour l'auto-questionnaire de Karasek (72)

Le modèle tridimensionnel de Karasek postule qu'une situation de travail quelle qu'elle soit, est caractérisée par :

- La demande psychologique, c'est-à-dire les exigences psychologiques du travail (quantité de travail, contraintes de temps, demandes contradictoires, interruptions fréquentes,...)
- La latitude décisionnelle, ou autonomie, c'est-à-dire la possibilité de choisir comment faire son travail, de participer aux décisions qui s'y attachent, et la possibilité d'utiliser ses compétences et d'en développer de nouvelles.
- Le soutien social (émotionnel et technique) de la part des collègues et des supérieurs

Les 26 items du questionnaire sont repartis en trois dimensions :

- La demande psychologique (neuf premiers items)
- La latitude décisionnelle (neuf items suivants, divisés en deux sous catégories : six items pour le développement et l'utilisation des compétences, et trois items pour l'autonomie de décision)
- Le soutien social (huit items, dont quatre pour le soutien des collègues et quatre pour le soutien des supérieurs)

Les réponses proposées sont : « Pas du tout d'accord, Pas d'accord, D'accord, Tout à fait d'accord », ce qui permet de les coter de 1 à 4 et de calculer un score pour chacune des trois dimensions.

3. Procédure

La grille de recueil a été élaborée par le service d'addictologie du CHU de Nantes, avec le soutien technique du SEME³³ appartenant au PIMESP³⁴ du CHU de Nantes.

Elle a été diffusée par mail (via les adresses mails professionnelles du CHU) avec deux rappels espacés de 15 jours, après accord de la direction des affaires médicales et de la communication du CHU de Nantes. Le recueil des données s'est déroulé du 22 mai au 2 juillet 2012.

4. Analyse statistique

L'analyse des données a été réalisée par le SEME, à l'aide du logiciel de statistiques SPSS.

Les résultats sont exprimés en effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives et en moyenne, médiane et écart-type pour les variables quantitatives.

Pour tester la liaison entre deux variables qualitatives, le test du Khi-deux a été utilisé.

Pour comparer les moyennes des variables quantitatives, le test T de Student a été utilisé.

Le seuil de significativité retenu était de 5%.

IV/ Résultats

444 médecins ont répondu à l'enquête, sur 979 médecins (hors internes) travaillant au CHU de Nantes et ayant été sollicités par mail, soit un taux de participation de 45.35%

1. Description de l'échantillon global

- **Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles**

Les répondants sont âgés de 27 à 67 ans, avec un âge moyen de 42,2 ans, une médiane de 40 ans et un écart-type de 10,1 ans. Ce sont en majorité des femmes (57%)

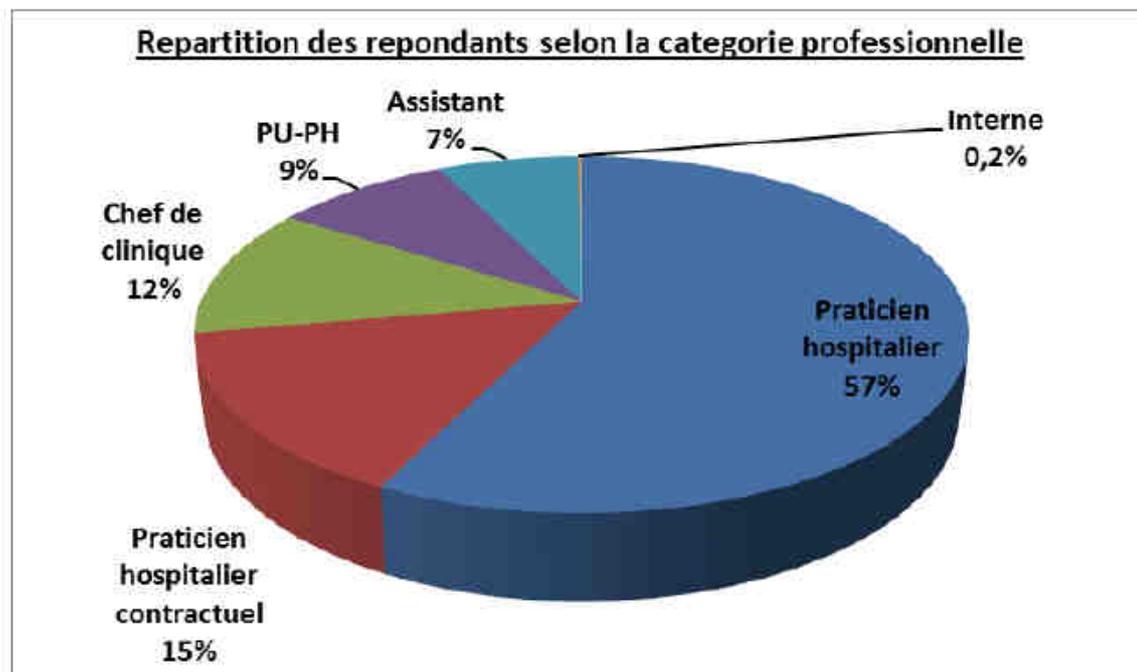
³³ Service d'évaluation médicale et d'éducation thérapeutique

³⁴ Pole d'Information Médical, Evaluation et Santé Publique

La catégorie professionnelle qui a le plus répondu correspond aux praticiens hospitaliers. Le nombre de réponses par catégorie professionnelle est rapporté dans la figure 1.

nb: deux personnes n'ont pas précisé leur catégorie professionnelle. Un interne a également pu participer alors que cette population n'était pas incluse dans l'étude.

Figure 1 : Répartition des répondants selon la catégorie professionnelle (n=442)

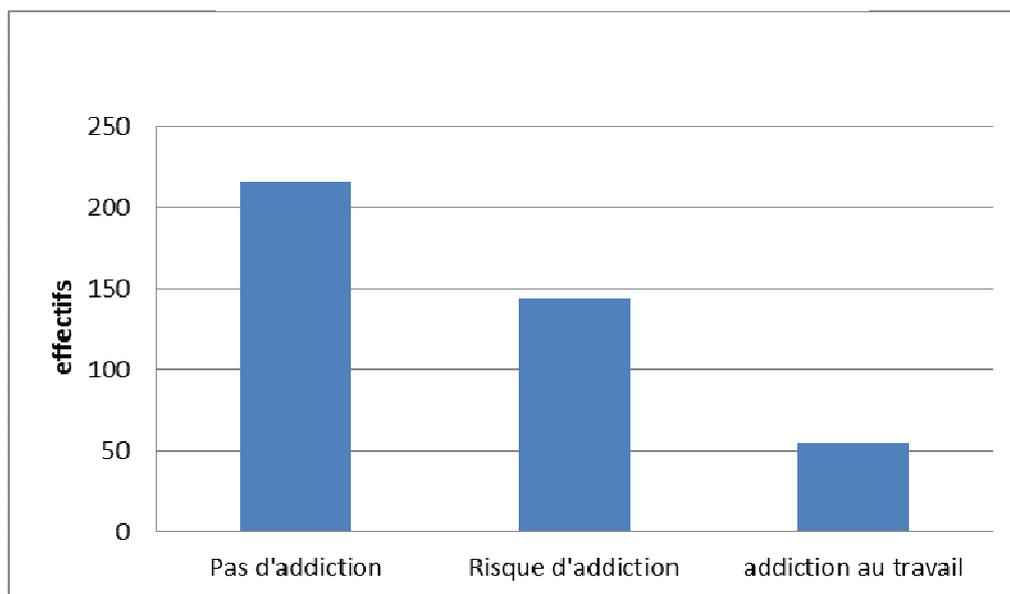


- **Résultats de l'auto-questionnaire d'évaluation de l'addiction au travail (WART)**

L'analyse des résultats montre que 13.3 % des répondants (n=55) présentent une addiction au travail selon l'auto-questionnaire WART. 34.7 % sont à risque d'addiction au travail, soit plus du tiers de l'échantillon (n=144), et 52% ne présentent pas d'addiction au travail (n=216). Au total, 48 % des répondants présentent soit un risque d'addiction au travail, soit une addiction au travail probable (cf. figure 1).

A noter que vingt-neuf personnes n'ont pas répondu entièrement au questionnaire. Par conséquent, les résultats des seuls 415 personnes parmi les 444 répondants ont été pris en compte ici.

**Figure 2 : Résultats de l'auto questionnaire WART
(n=415)**



Par ailleurs, la moyenne du score retrouvé à la WART est de 56.6, ce qui correspond à la catégorie « non addict au travail » (cf. tableau 2). Ce score se situe légèrement en deçà de la limite inférieure de la catégorie « sujet à risque d'addiction ».

Les résultats détaillés de chaque question sont rapportés dans le tableau 1. Les pourcentages de la colonne de droite font référence à la fréquence de réponses dont la cotation correspond à « souvent » et « toujours ».

Les pourcentages les plus élevés correspondent aux questions concernant

- la difficulté à déléguer (question 1),
- le rapport au temps tel que l'impatience, le fait de faire plusieurs choses en même temps et de courir contre la montre (question 2 à 6). Près de 60% des répondants passent souvent ou toujours plus de temps au travail, qu'en famille, avec des amis ou pour des loisirs (question 20).

Tableau 1 : Résultats détaillés par question de l'auto-questionnaire WART

	souvent, toujours (%)
1-Je préfère faire les choses moi-même plutôt que de demander de l'aide	71,4
2-Je suis impatient quand je dois attendre l'aide d'un autre ou quand une tâche prend trop de temps	58,6
3-J'ai l'impression d'être pressé, de courir contre la montre	70,7
4-Je suis irrité quand on m'interrompt au milieu d'une activité	29,8
5-J'ai plusieurs fers au feu. Je suis tout le temps occupé	74,9
6-Je fais plusieurs choses en même temps (par exemple manger, lire, répondre au téléphone)	52,2
7-Je m'implique trop dans mon travail. Je prends des engagements qui dépassent mes capacités de travail	25,4
8-Je me sens coupable quand je ne travaille pas	32,4
9-Il est important pour moi de voir les résultats concrets de ce que je fais	86,7
10-Je suis plus intéressé par le résultat final de ce que je fais que par la manière d'y arriver	33,5
11-Les choses ne vont jamais assez vite pour moi	42,3
12-Je perds patience quand les choses ne vont pas au rythme qui me convient	31,2
13-Je pose plusieurs fois les mêmes questions sans me rendre compte que j'ai déjà reçu une réponse	9,7
14-Je passe beaucoup de temps à organiser mon travail et à réfléchir à la manière dont je vais travailler	24,8
15-Je continue à travailler alors que mes collègues ont quitté le bureau	39,4
16-Je suis irrité quand les personnes de mon entourage ne correspondent pas à ce que j'attends d'elles	24,6
17-Je suis en colère dans les situations que je ne peux pas contrôler	18,5
18-J'ai tendance à « me mettre la pression » en m'imposant des délais quand je travaille	39,5
19-Il m'est difficile de me détendre quand je ne travaille pas	15,4
20-Je passe plus de temps au travail qu'en famille, avec mes amis, ou dans des activités de loisirs	59,6
21-J'aime préparer mon travail pour « prendre de l'avance »	27,4
22-Je supporte mal mes erreurs, même les plus anodines	41,5
23-Je consacre plus d'énergie et de temps à mon travail qu'à mes amis ou à ma famille	43,3
24-J'oublie, j'ignore ou néglige les vacances, les fêtes familiales (anniversaires, réunions de famille)	10,9
25-Je prends des décisions importantes, avant d'avoir réuni tous les éléments nécessaires pour me forger une opinion	4,8

- **Résultats du questionnaire de Karasek**

On retrouve ci-dessous les tableaux 2 et 3 résumant le pourcentage de réponses correspondant aux cotations « d'accord » et « tout à fait d'accord » pour le questionnaire de Karasek, ainsi que la moyenne des scores de latitude décisionnelle, de demande psychologique et de soutien social.

Concernant la latitude décisionnelle, on retrouve des scores élevés chez les médecins, de façon relativement homogène pour l'ensemble des items, avec une moyenne à 24.7 (pour un maximum à 36 points). Les médecins ont donc une forte autonomie et liberté dans leur travail (94.6% disent prendre souvent des décisions par eux même). Ce travail demande un haut niveau de compétences (pour 97% d'entre eux), mais 74.7% des sujets trouvent que certaines tâches sont répétitives.

Concernant la demande psychologique, on retrouve également un score élevé (une moyenne de 75.5 points pour un maximum théorique à 96). Néanmoins, les résultats selon les items sont très inégaux. Ainsi, seuls 28.1% disent recevoir des ordres contradictoires, et 56.2% disent qu'on leur demande d'effectuer une quantité de travail excessive. En revanche le travail doit être effectué très vite (pour 78% des sujets) et est bousculé pour 63.1%. De plus, les tâches sont interrompues avant d'être achevées dans 74% des cas, et seulement 43.4% des sujets disent disposer du temps nécessaire pour effectuer correctement leur travail.

Enfin, le soutien social est plutôt de qualité, avec une moyenne de 23.3 (pour un maximum théorique à 32). Il l'est surtout dans sa dimension émotionnelle, entre collègues (93.4% des répondants trouvent que leurs collègues sont amicaux), alors que seulement 55.7% des sujets trouvent que leur supérieur se sent concerné par le bien-être des subordonnés. En revanche, il y a peu d'entraide à la réalisation du travail chez les médecins, aussi bien avec les collègues, qu'avec les supérieurs hiérarchiques (58.7% et 68.2% des répondants se disent respectivement aidés par leur supérieur et leurs collègues à la réalisation d'une tâche).

Tableau 2: Résultats détaillés par question du questionnaire de Karasek

	d'accord, tout à fait d'accord (%)
Latitude Décisionnelle	
1-Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles	99,1%
2-Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives	74,7%
3-Mon travail me demande d'être créatif	76,5%
4-Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même	94,6%
5-Mon travail demande un haut niveau de compétence	97,0%
6-Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail	22,6%
7-Dans mon travail, j'ai des activités variées	97,0%
8-J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail	85,6%
9-J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles	93,2%
Demande psychologique	
10-Mon travail demande de travailler très vite	78,0%
11-Mon travail demande de travailler intensément	93,4%
12-On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive	56,2%
13-Je dispose du temps nécessaire pour effectuer correctement mon travail	43,4%
14-Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes	28,1%
15-Mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense	82,6%
16-Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard	74,0%
17-Mon travail est très « bousculé »	63,1%
18-Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail	46,4%
Soutien social	
19-Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés	55,7%
20-Mon supérieur prête attention à ce que je dis	72,1%
21-Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien	58,7%
22-Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés	59,8%
23-Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents	97,1%
24-Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt	91,2%
25-Les collègues avec qui je travaille sont amicaux	93,4%
26-Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien	68,2%

Tableau 3: Caractéristiques statistiques des trois dimensions du modèle de Karasek

	N	Min théorique	Max théorique	Moye nne	Ecart- type	Médiane
Demande psychologique	433	9	36	24,7	3,6	25
Latitude décisionnelle	435	24	96	75,5	8,9	76
Soutien social	419	8	32	23,3	3,9	24

- **Recours à des substances psycho-actives dans le cadre de l'activité professionnelle**

10.1% des répondants déclarent avoir recours à des substances psychoactives en lien avec leur exercice professionnel.

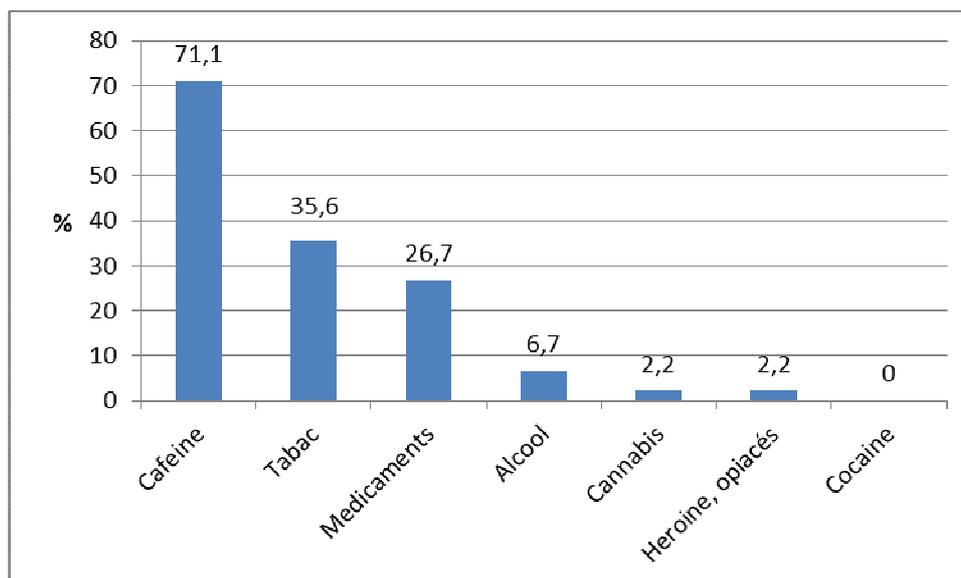
La figure 3 illustre la proportion des répondants consommateurs, substance par substance.

Ainsi, 71.1% des sujets consomment des produits à base de caféine, 35,6% du tabac, et 26.7% des médicaments (anxiolytiques, antidépresseurs, somnifères, etc...).

On retrouve des pourcentages beaucoup plus faibles pour les consommations d'alcool (6.7%, soit 3 répondants), de cannabis et d'opiacés (2.2%, soit un répondant).

Les deux types d'effets recherchés proposés (relaxant et stimulant) sont retrouvés dans des proportions équivalentes (48.9%). Les autres effets recherchés (13.3% des réponses) correspondent à la lutte contre le rougissement, à l'effet hypnotique, et à l'effet antidépresseur.

Figure 3 : proportion des répondants déclarant avoir recours aux substances psychoactives en lien avec leur exercice professionnel (résultats exprimés en pourcentage, n= 45)



2. Facteurs liés à l'addiction au travail

Nous avons recherché quels étaient les facteurs en lien avec l'existence d'une addiction au travail retrouvée au questionnaire WART.

Comme le montre le tableau 4, nous ne trouvons pas de différences significatives du score moyen du questionnaire WART en fonction du sexe et du recours à des substances psychoactives. Par contre, il existe une différence significative selon la catégorie professionnelle. Ainsi, les PU-PH sont ceux qui ont le score moyen le plus élevé.

Les résultats indiquent également que l'âge des répondants n'est pas lié au score du questionnaire WART.

Tableau 4: Comparaison des scores au questionnaire WART en fonction du sexe, de la profession et du recours aux substances psychoactives

		Score de WART			
		N	Moyenne	Ecart-type	p
Sexe	Homme	172	56,2	9,3	0,478
	Femme	234	57,1	8,7	
Catégorie professionnelle	Assistant	29	56,2	9,6	0,001
	Chef de clinique	49	58,4	9,5	
	PH contractuel	64	54,2	8,7	
	PH	234	56,2	8,0	
	PU-PH	37	61,5	12,3	
Recours à des substances psycho-actives	Oui	40	58,1	6,8	0,284
	Non	375	56,5	9,2	

Le score du questionnaire WART est corrélé de façon significative ($p < 0.05$) au score de chacune des trois dimensions du questionnaire de Karasek, positivement pour la dimension « demande psychologique », négativement pour la dimension « latitude décisionnelle » et « soutien social », comme l'indique le tableau 5.

Le lien le plus fort est retrouvé pour la dimension « demande psychologique ».

Tableau 5: Corrélation entre le score au questionnaire WART et le score des trois dimensions du questionnaire de Karasek.

		Score de WART
Score Demande Psychologique	N	405
	Corrélation de Pearson	0,587
	Sig. (bilatérale)	<0,001
Score Latitude Décisionnelle	N	409
	Corrélation de Pearson	-0,109
	Sig. (bilatérale)	0,028
Score Soutien Social	N	392
	Corrélation de Pearson	-0,185
	Sig. (bilatérale)	<0,001

3. Principaux commentaires libres

Des commentaires libres étaient proposés à la fin du questionnaire.

Les principaux thèmes évoqués par les médecins sont les suivants :

- La part de plus en plus importante consacrée aux tâches administratives au détriment de la pratique clinique et de la formation personnelle (« poids de la paperasse », « multiples couches administratives diluant les responsabilités », « inflation administrative et bureaucratique »),
- Le manque de temps pour faire correctement son travail,
- Le plaisir à exercer ce métier malgré les difficultés rencontrées.
- Les relations difficiles avec les collègues de travail, les supérieurs, et l'administration,
- Le fait que le questionnaire soit peu nuancé, et qu'il ne distingue pas certaines catégories professionnelles.

V/ Discussion

Le premier point à soulever correspond au taux relativement élevé de participation à l'enquête, puisque 45.35 % des médecins y ont répondu. Ceci souligne l'intérêt, ou du moins la curiosité du corps médical pour la thématique de l'addiction au travail.

On retrouve un pourcentage non négligeable de médecins présentant une addiction au travail selon le WART (13.3%). Ce chiffre se situe dans la moyenne des différents taux de prévalence retrouvés dans des études antérieures (entre 5 et 27%).

En tenant compte de la catégorie intermédiaire « sujet à risque d'addiction », ce pourcentage atteint 48%.

Ceci rejoint les éléments de la revue de la littérature selon lesquels, la population médicale constitue une population à risque d'addiction au travail.

Par ailleurs, on constate que les items de la WART les plus fréquemment retrouvés chez les médecins correspondent :

- à la difficulté à déléguer (question 1 et 2), que l'on retrouve en particulier dans les personnalités de type obsessionnelle-compulsive.
- au rapport au temps, au sentiment d'urgence (question 2 à 6), qui caractérise notamment les profils de personnalité de type A, mais également les logiques de travail à court terme, la tendance à travailler dans l'immédiateté, et la difficulté à différer.
- Au caractère central du travail, qui se développe au dépend de la vie familial ou des loisirs (stade des complications de l'addiction au travail).

Les trois catégories de substances psycho-actives les plus fréquemment consommées en lien avec l'activité professionnelle sont la caféine, le tabac et les médicaments psychotropes (en dehors des morphiniques ou analogues). La consommation d'alcool, de cannabis et d'opiacés est peu retrouvée.

De plus, le métier de médecin hospitalier est caractérisé selon le modèle de Karasek, par une forte latitude décisionnelle, une forte demande psychologique, un bon soutien social entre collègue, mais mauvais avec les supérieurs hiérarchiques ou dans l'entraide pour la réalisation des tâches.

Une forte demande psychologique est en lien avec l'addiction au travail, bien plus que le soutien social ou la latitude décisionnelle. Ceci fait écho au rôle joué par le travail et son organisation dans cette conduite, et en particulier la pression extérieure exercée par le travail, son intensité, et ses contraintes temporelles. Cette demande psychologique chez les médecins hospitaliers est essentiellement caractérisée par le manque de temps, et le fait de devoir travailler vite et de façon discontinue. On retrouve donc ici, la notion de mutation du rapport au temps dans nos sociétés, et de culte de l'urgence exigeant une réactivité immédiate.

La forte corrélation positive de la demande psychologique au score du questionnaire WART peut aussi s'expliquer par la similitude de certains items du questionnaire de Karasek et du questionnaire WART : par exemple « j'ai l'impression d'être pressé, de courir contre la montre » pour le WART, et « mon travail est très bousculé » pour le questionnaire de Karasek. La différence vient de la part personnelle (« je ») explorée par le questionnaire WART, alors que le questionnaire Karasek recherche les éléments provenant du travail lui-même (« on me demande », ou « mon travail me demande »). Il est donc intéressant de voir que la charge de travail résultant de la demande psychologique entre en résonance avec la part

individuelle de la conduite addictive. Cette dernière ne résume donc pas uniquement à une forte pression extérieure exercée par les conditions de travail (explorée par le questionnaire de Karasek), mais fait intervenir également des facteurs personnels (explorées par le questionnaire WART), ce qui rejoint le modèle biopsychosocial des addictions.

Limites de l'étude

Limites liées à la méthodologie

Il est important de préciser que les internes n'ont pu être interrogés dans cette enquête car ils ne possédaient pas tous d'adresses mail professionnelles. Il en est de même pour certaines catégories professionnelles du CHU (professions paramédicales, personnel administratif, etc...). De ce fait, une autre modalité de diffusion du questionnaire pour ces professions (site internet, courrier) aurait généré un biais de sélection.

D'autres biais potentiels peuvent s'expliquer par la méthode d'envoi des questionnaires. En effet, on peut imaginer que certains médecins ne consultent pas leur mail professionnel, soit par manque de temps (ce qui renvoie à une possible hyperactivité professionnelle), soit par une difficulté d'utilisation de l'outil informatique.

On peut également citer l'absence de propositions de certaines catégories professionnelles (praticien attaché, MCU-PH³⁵ par exemple), obligeant certains à sélectionner une autre catégorie dans le questionnaire.

Enfin, malgré l'anonymat, on peut supposer que les questions sur les consommations de substances psychoactives ont pu générer une sous-estimation, du fait de leur caractère jugé stigmatisant (notamment pour les substances illicites).

Limites intrinsèques aux questionnaires

Comme certains commentaires l'ont souligné, l'absence de nuances et de réponses suffisamment graduées proposées par les questionnaires de Karasek (d'accord, tout à fait

³⁵ Maître de Conférence à l'Université - Praticien Hospitalier

d'accord), et du WART (parfois, souvent) peut être source d'approximation ou de choix par défaut de la part des personnes interrogées.

Par ailleurs, ces échelles n'explorent pas ou peu certaines dimensions de l'addiction, en particulier la notion de craving, ou encore les complications psychiques et physiques.

Enfin, il est à noter que les substances hallucinogènes n'ont pas été recherchées dans le questionnaire sur les consommations de substance psychoactive.

VI/ Perspectives

Ce travail pourrait se poursuivre en étant réitéré à l'avenir afin d'observer d'éventuelles évolutions, mais aussi en s'étendant notamment aux autres catégories de médecins (internes, médecins libéraux, médecins hospitaliers hors CHU), et à d'autres professionnels paramédicaux (infirmiers, cadre de santé, aide soignants, etc...).

Des distinctions en fonction des spécialités (médicales, chirurgicales, etc...) et des niveaux de responsabilités (chef de service, directeur de pôle, etc...), si elles n'entravent pas l'anonymat, pourraient être pertinentes.

Il met également en avant le rôle clé joué par la demande psychologique et donc par la charge professionnelle en lien avec l'addiction au travail, ainsi que le rôle protecteur du soutien social et de l'autonomie. Ceci peut constituer des pistes de réflexion pour la prévention et la prise en charge de ce type de pathologie à travers l'amélioration des conditions de travail et de son organisation.

Enfin l'élaboration de nouvelles échelles, plus nuancées, explorant d'avantage les conséquences physiques et psychiques de l'addiction au travail, et tenant compte d'autres caractéristiques du modèle des addictions (craving, etc...) pourrait constituer un axe de recherche.

VII/ Conclusion

Cette étude a donc permis de dresser un premier état des lieux de la problématique de l'addiction au travail au sein du corps médical. Elle a bénéficié d'un bon taux de participation, témoignant de l'intérêt des professionnels pour cette thématique.

Un pourcentage non négligeable (13.3%) des répondants semble souffrir d'une addiction au travail. Ce taux atteint 48% si l'on prend en compte les sujets à risque d'addiction.

Il est indépendant de l'âge et de la consommation de substances psycho-actives dans le cadre du travail. Par ailleurs, les hommes ne sont pas plus touchés que les femmes.

Il est en revanche très lié à la catégorie professionnelle (les PU-PH ont un score moyen au questionnaire WART plus élevé).

Concernant les caractéristiques du modèle de Karasek, une forte demande psychologique peut être en lien avec une addiction au travail, d'où l'importance des facteurs liés à l'objet de l'addiction (le travail), et qui entrent en résonance avec des facteurs personnels.

Cette enquête pourrait être élargie à l'avenir à d'autres catégories professionnelles (médecins libéraux, autres professions paramédicales), en distinguant les spécialités et le niveau de responsabilité.

A noter que cette enquête n'a pu être initiée qu'après l'accord de la direction des affaires médicales puis de la direction générale du CHU, après plusieurs rencontres préalables. Ceci peut témoigner de l'intérêt de ce thème pour les services de direction, mais également du caractère sensible, voir polémique du sujet.

4^{ème} PARTIE: DISCUSSION ET PERSPECTIVES

I/ L'addiction au travail : un sujet polémique?

La problématique traitée ici touche à un sujet sensible, celui du monde du travail et de la souffrance psychique qui peut en découler. Elle s'inscrit dans un contexte de crises économiques et de conflits sociaux récurrents dans les pays occidentaux, mais également d'une médiatisation de plus en plus importante des multiplications des cas de suicide dans les grandes entreprises depuis quelques années. De plus, elle concerne de nombreux acteurs de l'entreprise, parfois aux intérêts contradictoires (direction, ressources humaines, partenaires sociaux, etc...). De ce fait, elle peut entretenir de nombreuses polémiques idéologiques et politiques. Le taux de réponse à l'enquête que nous avons réalisée, l'intérêt de la direction du CHU, et les commentaires nombreux laissés par les médecins, montrent que ce sujet ne laisse ni insensible, ni indifférent. Sans rentrer longuement dans des considérations dépassant le cadre de cette thèse, il nous paraissait important de revenir sur certains de ces éléments que l'on retrouve souvent en toile de fond des problématiques de souffrance psychique au travail.

1. Le coaching et la dérive hygiéniste

« Il est sans doute plus simple pour certaines entreprises de garder la tête dans le sable sans considérer les complexités liées à la perte de sens. »

J. Whitmore, *Le guide du coaching*, 2005

Le coaching a émergé dans les entreprises au cours des années 80 aux Etats-Unis, puis une décennie plus tard en France et en Europe, dans un contexte de développement de l'idéologie néolibérale visant à adopter la logique mercantile, gestionnaire et libre-échangiste dans l'ensemble des domaines de la vie (sphère familiale et privée, état et services publics, etc...). Il y a donc eu au cours de cette période, un effacement des frontières entre vie privée et vie publique, et entre vie intime et professionnelle, l'individu devenant lui-même gestionnaire et entrepreneur de sa propre vie. On assiste alors à un double mouvement avec d'un côté une « psychologisation des problèmes sociaux » (venant donc des individus) et d'un autre, une « socialisation de l'intime » (73) (via la logique de transparence de la vie privée). Le terme provient initialement du vocabulaire sportif, le « coach » visant à stimuler les ressources psychologiques de l'athlète afin d'optimiser ses performances. Or le système économique actuel dit « mondialisé » et caractérisé par une concurrence entre les entreprises, peut être comparé de ce point de vue aux compétitions de sport de haut niveau, et il n'est alors

pas étonnant d'avoir vu se développer le coaching au sein du monde professionnel. Ainsi, selon la SFCoach³⁶, « le coaching permet à une personne, un groupe, d'améliorer ses propres performances pour mieux répondre à la demande de l'entreprise, soucieuse de son efficacité »³⁷. Il vise ainsi à développer les compétences individuelles au travail, à prévenir l'apparition d'éventuels troubles psychiques, tout en préservant la performance du salarié dans l'entreprise. Il peut également être associé à des méthodes dites de « gestion du stress ». Le coaching fait actuellement l'objet de nombreuses critiques, notamment concernant la formation des intervenants, jugée trop courte (de l'ordre d'un an ou deux) et peu encadrée, et les références théoriques multiples et hétéroclites (la PNL³⁸, la psychologie humaniste de Rogers, l'analyse transactionnelle, etc...). Pour certains, il s'agit d'une forme de psychologie environnementale (au sens de Foucault), c'est-à-dire visant à adapter et modeler l'homme aux exigences de son milieu. Il s'agit d'obtenir de l'employé coaché, le libre consentement de ce que l'entreprise attend de lui et que les objectifs existentiels de l'individu coïncident avec les exigences de productivité. Pour d'autres, le coaching se base sur une conception uniquement entrepreneuriale de l'homme, qui est considéré à lui seul comme une « micro-entreprise devant maximiser son taux de rentabilité comportementale » (73). Par ailleurs, le coaching peut être vu comme un moyen pour les entreprises de transférer les dysfonctionnements de leurs conditions de travail sur la responsabilité des employés. Enfin, il peut s'agir d'un moyen de « rendre supportable un environnement professionnel qui ne l'est pas » sans changer les conditions de travail, évitant ainsi l'émergence de conflits et de frustrations dans l'entreprise. On voit donc bien que le double objectif du coaching participe d'une volonté d'accroître la productivité économique des salariés, mais également de favoriser une hygiène sanitaire dans l'entreprise par une volonté de cacher, de cautériser les conflits personnels et interindividuels. Le risque est donc de voir certaines entreprises tenter de dépister des personnes fragiles ou en difficulté (à travers la mise en place de cellule de veille, de dispositif d'évaluation du stress professionnel, etc...) et de faire appel pour eux à des sociétés de coaching. Cela peut être le cas aussi bien pour des salariés présentant une hyperactivité professionnelle, que pour d'autres plus stressés ou encore déprimés. Ceci participerait d'une dérive hygiéniste, d'une « prophylaxie mentale », visant « à lister les salariés qui perdent pied », à les stigmatiser voire à les exclure. Il s'agirait également de normaliser les pratiques professionnelles, l'entreprise proposant au salarié un « guide de bonne pratique » (74) pour son bien-être au travail.

³⁶ Société Française de coaching

³⁷ Code de déontologie de la SFCoach

³⁸ Programmation Neuro-Linguistique

L'addiction au travail peut donc avoir toute sa place dans ce « marché du risque psychosocial » (74) et de la souffrance psychique au travail, d'autant que comme nous l'avons vu précédemment, les travailleurs workaholiques ne sont pas toujours efficaces au travail. Certains employeurs peuvent donc être tentés de les encadrer par des coachs afin d'améliorer leur productivité.

On retrouve même certaines études sur l'addiction au travail dans des revues, de ressources humaines (*counselling*), leurs auteurs proposant de nouvelles mesures d'organisation et de management pour accroître l'efficacité des entreprises. Ceci peut faire craindre des risques de conflits d'intérêt, voire d'utilisation détournée de ces études par les services de direction des entreprises, dans le but d'améliorer leur productivité et leur rentabilité.

2. Quelle place pour les partenaires sociaux ?

Cette question se pose de façon globale pour la problématique de la souffrance psychique au travail, et reste donc pertinente s'agissant de l'addiction au travail.

En France, depuis les années 70, il a été constaté une « faible prise en considération » (45) par les syndicats des sujets touchant à la santé mentale et à la subjectivité dans le travail, à *contrario* des risques physiques et des maladies professionnelles. Une des principales raisons mises en avant correspond à la « dimension individualisante » (45) de cette thématique, risquant de nuire à l'action et à la mobilisation collective des salariés. Néanmoins, ce désintérêt semble avoir laissé le champ libre à partir des années 80 et jusqu'à nos jours à l'émergence des services dits de « ressources humaines ». Ainsi, « là où les syndicats refusaient de s'aventurer, le patronat et les cadres forgeaient de nouvelles conceptions (culture d'entreprise, mobilisation organisationnelle, etc...) ». Or, ces services ont une position centrale dans l'entreprise, s'occupant à la fois de l'administration mais également du développement des ressources (recrutement, évolution de carrière, formation, etc...). Leur action apparaît néanmoins souvent limitée à de simples enregistrements des difficultés des salariés, notamment du fait de leurs liens avec les directions des entreprises dont les enjeux liés à la santé mentale des salariés s'avèrent parfois difficilement compatibles avec les exigences de productivité et d'efficacité nécessaires au développement de l'entreprise.

Pourtant, les syndicats constituent de véritables acteurs de terrain, et des interlocuteurs privilégiés potentiels concernant la souffrance des salariés. La question d'une réappropriation de cette problématique par ces acteurs peut donc se poser. On retrouve d'ailleurs une plus grande implication de ces derniers depuis la multiplication des cas de suicide dans les grandes

entreprises ces dernières années (Renault[®], Orange[®], etc...). Ainsi, un « observatoire du stress et des mobilités forcées » a été créé en 2007 chez Orange, à l'initiative des syndicats Sud et CGC³⁹.

Les syndicats de cadres ou de professions libérales semblent particulièrement concernés du fait de la nature même des professions à risque d'addiction au travail (comme le confirme la revue de la littérature, l'enquête réalisée et les vignettes cliniques). De plus, l'existence de liens possibles entre addiction au travail et tentative de suicide des employés est un argument fort pour interpeller les partenaires sociaux et les pouvoirs publics.

D'une manière générale, et plus particulièrement dans l'addiction au travail, cette réappropriation pourrait permettre d'argumenter et d'établir des liens entre l'organisation du travail et la souffrance psychique des employés, et d'agir en essayant d'améliorer les conditions de travail. Néanmoins, la dynamique individualiste et l'esprit de compétition dans lesquels sont pris certains de ces travailleurs, peuvent constituer un frein à leur adhésion à tout collectif de travail (syndical ou associatif).

II/ Le WART : une échelle d'évaluation adaptée ?

Nous avons vu que le WART est issu du modèle de Robinson, élaboré en 1996 et basé sur quatre types de profil qui dépendent du rapport (travail initié / travail terminé). Il explore plusieurs dimensions, telles que la capacité à déléguer, le rapport qu'entretient le travailleur au temps, etc... Pour autant, permet-il de rendre compte de certaines caractéristiques communes aux addictions représentées par les critères de Goodman ? Pour cela, nous avons repris chacun des critères de Goodman et essayé de voir si certaines questions pouvaient s'y rapporter.

Concernant les deux premiers critères majeurs de Goodman (A et B) faisant référence au concept de craving (respectivement « impossibilité de résister aux impulsions » et « sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement »), on retrouve peu d'items du WART correspondant. On peut néanmoins noter la notion d'impatience retrouvée dans les questions 2 et 12 et qui peut s'y rapprocher (« je suis impatient quand je dois attendre l'aide d'un autre ou quand une tâche prend trop de temps », et « je perds patience quand les choses ne vont pas au rythme qui me convient »).

³⁹ Confédération générale des cadres

Concernant les autres critères majeurs de Goodman, ni la dimension de plaisir, ni celle de la perte de contrôle (critères C et D) ne sont clairement recherchées à travers le WART.

La durée ou le caractère répétitif de certains éléments du syndrome (critère F) peut se mesurer à travers l'approche dimensionnelle de la cotation proposée pour chaque item « jamais, parfois, souvent, toujours ». Néanmoins, de nombreuses critiques ont été formulées par les personnes ayant passé cette échelle (aussi bien pour l'enquête que pour les vignettes cliniques), sur le caractère peu nuancé et la faible discrimination des réponses possibles, pouvant être source de faux négatifs ou de faux positifs.

Par ailleurs, les neuf critères mineurs ne sont pas tous explorés par le WART. En effet, on ne retrouve pas d'items sur la tolérance au comportement (critère 8), ni sur les tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement (critère 3), ou sur l'intensité ou la durée plus importante que prévu à l'origine (critère 2).

En revanche, les conséquences familiales et sociales (critères 5, 6 et 7) sont recherchées dans les questions 20, 23 et 24, et le temps important consacré à préparer les épisodes (critère 4) dans les questions 14, 21, et 25. De même, le critère 9 (« agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement ») peut être représenté par la question 19 (« il m'est difficile de me détendre quand je ne travaille pas »).

De plus, bien qu'ils n'appartiennent pas aux critères de Goodman, les conséquences physiques (migraine, troubles musculo-squelettique, etc...) ou psychiques (dépression, etc...) ne sont pas recherchées dans le WART.

On voit donc que le WART ne recherche pas une addiction au travail selon l'ensemble les critères consensuels communs aux addictions (critères de Goodman), du fait de son support théorique particulier (modèle de Robinson du workaholisme). Il n'en reste pas moins l'auto-questionnaire d'évaluation le plus utilisé dans ce domaine ce jour, dont l'un des avantages est une durée de passation courte. Néanmoins, l'élaboration d'autres échelles davantage basées sur le modèle des addictions peut constituer un axe de recherche (c'est le cas notamment de la Bergen Work Addiction Scale mise en place récemment par des chercheurs norvégiens et britanniques).

Enfin, lors de la passation du questionnaire, certains patients ont parfois pointé le fait d'être de nouveau évalués, ou classés, de la même façon que dans leur entreprise, ce qui les renvoyait à la logique de compétition, de performance, et aux entretiens individuels d'évaluation auxquels ils devaient se soumettre et qui pouvaient être source d'un

hyperactivisme au travail: « encore une évaluation de plus ! » pouvait-on entendre chez certains...

III/ Quelques pistes de réflexion : le travail au carrefour d'autres conduites à risque d'addiction ?

Il s'agit ici de questionner certains éléments pouvant faire l'objet de travaux futurs plus approfondis, sur l'interrelation et les propriétés communes de l'addiction au travail et des autres addictions avec ou sans produits, de la similitude entre l'objet « travail » et d'autres objets d'addiction.

Nous avons précédemment vu que le monde du travail peut être associé à des conduites addictives sous forme de prise de substances psychoactives, soit dans le cadre d'une amélioration de performance, d'un dopage, soit à visée anxiolytique.

De plus, les nouvelles technologies de la communication, en particulier Internet, peuvent constituer un vecteur de l'addiction au travail, ou l'objet même d'une addiction.

Il pourrait être également intéressant d'étudier le rapport entre l'hyperactivité intellectuelle ou professionnelle retrouvé dans certains troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie,...) et le workaholisme. De ce point de vue, il est intéressant de remarquer la présence de termes faisant référence à ces conduites dans certains modèles du workaholisme (travailleur « boulimique » dans le cadre du modèle de Robinson par exemple,...).

Nous allons détailler plus précisément ci-dessous deux cas particuliers : celui des similitudes entre le travail et le sport de compétition de nos jours, et celui des métiers de la finance (représentés par l'univers des « traders »)

1. Travail et sport: même combat?

« Ceux qui vivent sont ceux qui luttent »

Victor Hugo, *Les châtiments*, 1853

Depuis environ trois décennies, on observe un rapprochement du monde du sport et de l'univers de l'entreprise, avec une interpénétration de leurs valeurs, dans un contexte de recherche de performance et où les notions de compétition et de concurrence (aussi bien économique que sportive) sont devenues incontournables. A noter que le terme de « performance », utilisé d'abord dans le milieu des courses pour parler des résultats obtenus par les chevaux, est ensuite passé à l'activité humaine en désignant, à partir de 1876, les résultats sportifs en général, pour s'étendre enfin à la machine et exprimer l'idée des

possibilités maximales d'un véhicule. A partir de là, et par extension, il désignera en français, la notion de record, de résultat exceptionnel, tandis qu'en anglais il sera associé à la notion de classement.

On a donc d'un côté, le sport (qui étymologiquement est lié au fait de « se divertir, de s'amuser »), qui a connu dans de nombreuses disciplines, une vague de professionnalisation dans le tournant des années 1970-1980. Jusqu'alors, il s'agissait essentiellement d'activités associatives, non rémunérées, ni rythmées par des compétitions ou classements, ou bien encore de loisirs mondains, moyens pour les notables de montrer qu'ils appartenaient à une catégorie de la population qui n'avait pas besoin de travailler. Désormais, sans que le monde du sport amateur ait disparu, on observe l'émergence de sportifs de haut niveau, véritables professionnels pouvant vivre de ce qui est désormais considéré comme un travail. Ils gèrent leur image et leur carrière à la manière d'une entreprise, et exercent dans des clubs ou des fédérations organisées comme des « grandes sociétés », parfois même cotées en bourse, avec des techniques de gestion du personnel inspirées du management et des ressources humaines, une hiérarchie comprenant des directeurs généraux, sportifs, techniques, des entraîneurs possédant des diplômes reconnus par l'état, des syndicats de joueurs, etc...

D'un autre côté, le monde du travail utilise aujourd'hui de nombreuses valeurs appartenant au sport de haut niveau, notamment dans les techniques de gestion du personnel. Les objectifs affichés sont le développement de l'esprit et de la cohésion du groupe, l'amélioration du rendement individuel et de la compétitivité de l'entreprise, et la valorisation du dépassement de soi. Ainsi, se sont progressivement développées des compétitions inter et intra-entreprises (raids, marathons, « challenge des entreprises », etc...), et des stages dits de « motivation », où les employés participent à des sports extrêmes (parachutisme, saut à l'élastique d'un pont, etc...). Ces derniers sont souvent très critiqués du fait du risque de dérives dans leur utilisation par la hiérarchie pour sélectionner des employés en repérant certains traits de leur personnalité. Par ailleurs, de nombreux termes empruntés au vocabulaire du sport ont pénétré le langage de l'entreprise, tels que « défi », « challenge », « esprit d'équipe », etc... Les valeurs symboliques du sport sont également réutilisées par les entreprises à travers les métaphores visuelles du sponsoring, le sport étant la valeur à laquelle l'entreprise souhaite s'associer. En outre, on peut citer le développement de salle de remise en forme au sein même de certaines entreprises, l'intervention de « coachs du travail », en réponse à la multiplication des pathologies physiques (troubles musculo-squelettiques, etc...) et mentales (stress, dépression, etc...) source d'arrêts de travail et de pathologies et les prises de substances

psychoactives dans le cadre du travail proche d'un dopage sportif « au quotidien » (28). Enfin, on observe de plus en plus de recrutement d'anciens sportifs de haut niveau dans de grandes sociétés, car leur profil de compétiteurs et de battants correspond à ce que les employeurs recherchent aujourd'hui. Ils peuvent également être sollicités ponctuellement pour animer des séminaires de formation en ressources humaines afin de faire partager leurs expériences. L'importance de la section « activités extraprofessionnelles et sportives » dans les Curriculum Vitae reflète également bien cette tendance.

Ceci montre bien « l'aller-retour permanent entre le sport et le travail », car le sport, « école de la vie », est devenu le « modèle idéal de la société de rendement et de la compétition économique » (46), et réciproquement le travail est devenu une compétition sportive quotidienne.

La première vignette clinique rejoint ces considérations, Mr B déclarant avoir une pratique sportive importante, et une forte consommation en caféine, afin d'améliorer ses performances au travail.

2. Le travail dans le monde de la finance : le cas particulier des traders

Nous avons évoqué dans une partie précédente la « contagion » du mode de fonctionnement des marchés financiers sur celui des entreprises (notamment des grandes entreprises cotées en Bourse): logiques à court terme, instantanéité, appât du gain immédiat, etc...Or, la Bourse, encore appelée « casino géant »⁴⁰, est le lieu et le symbole de cet univers. Les personnes travaillant dans le domaine de la finance (tels que les investisseurs privés, les « traders » actifs), se confrontent tous les jours à des prises de risque, de pertes et de gains importants, au risque de se ruiner, et à une part de hasard. Ainsi, « pour faire ce métier, il faut adorer jouer »⁴¹. Ceci renvoie à des similitudes avec le monde du casino et des jeux de hasard et d'argent. Ces métiers pourraient ainsi être l'objet de véritables « conduites addictives chez les professionnels de la finance » (75), à l'image du jeu pathologique et de sa dimension ordalique. Il pourrait être également intéressant de voir si la façon de travailler des traders se rapproche d'une addiction au travail, en réalisant des études plus spécifiques dans ce type de milieu.

⁴⁰ Article du journal Le Monde datant du 11/10/2010 : « La bourse est devenu un casino géant » selon les professionnels de la finance.

⁴¹ Affirmation d'un gérant de fond dans un article du journal Le Monde, en 2004

Conclusion

L'addiction au travail est souvent associée au workaholisme, concept apparu aux Etats-Unis à la fin des années 70, sur lequel les travaux se sont développés ces dernières années, et dont les définitions et théories s'y rattachant sont multiples et actuellement non consensuelles. Les modèles les plus cités sont celui de Spence et Robbins et celui de Robinson, qui est à la base de l'édification de l'échelle d'autoévaluation la plus utilisée actuellement pour le repérage de l'addiction au travail (le WART⁴²). L'ensemble des auteurs s'accordent néanmoins sur le fait que, plus que le nombre d'heures travaillées, c'est la nature du lien vis-à-vis du travail qui distingue le workaholique d'un autre employé.

Ainsi, dans cette perspective, le workaholisme peut s'intégrer dans le champ des addictions, et se définit alors par certaines caractéristiques se rapprochant des critères de Goodman. Parmi elles, on peut citer la place centrale du travail dans la vie du sujet au détriment d'autres centres d'intérêt (loisirs, famille, vie sociale, etc...), le plaisir et le soulagement au moment du travail, le vécu de manque lors des périodes d'interruption d'activité (week-end, vacances, etc...) et l'échec des tentatives de contrôle de la conduite malgré ses conséquences négatives.

Ces dommages spécifiques sont de plusieurs ordres. Sur le plan individuel, on retrouve des plaintes physiques (migraine, troubles musculo-squelettique, troubles digestifs et cardiovasculaires), et psychiques (syndrome anxio-dépressif, tentatives de suicide, *burn-out*, harcèlement moral) pouvant constituer des portes d'entrée à une demande de prise en charge. A l'extrême on peut voir des décès en lien avec une hyperactivité professionnelle (suicides, cas de *Karoshi* au Japon). Ces travailleurs peuvent également s'adonner à d'autres addictions, par des prises de psychostimulants s'apparentant à des conduites dopantes, ou des prises de substances anxiolytiques, le tout dans le souci de supporter les conditions de travail.

D'un point de vue psychopathologique, l'émergence d'une addiction au travail peut s'expliquer à la lumière du modèle intégratif des addictions. Au niveau individuel, l'hyperinvestissement au travail peut, à travers une quête de reconnaissance, constituer une tentative de combler des carences affectives ou une fragilité narcissique. Il peut également être le reflet d'un recours à l'agir, d'un « procédé auto-calmant » (52) et anesthésiant contre les angoisses et conflits intrapsychiques inélaborables, ou encore une des manifestations de

⁴² Work Addiction Risk Test

conflits névrotiques non résolus. Par ailleurs, le travail en lui-même et son organisation peuvent aussi jouer un rôle dans le déclenchement de ce trouble. Ainsi des cadences infernales, une charge d'activité importante, peuvent générer des phénomènes d'« auto-accelération » (52), véritables fuites en avant permettant au sujet d'échapper à la souffrance psychique générée par les conditions de travail. De plus, les nouvelles formes de management visant essentiellement les cadres des entreprises, et basées sur la flexibilité, l'autonomie, l'esprit de compétition, l'appât du gain, et le « culte de la performance », demandent en contre partie à ces salariés de longues heures de travail. Dans certains cas, les objectifs peuvent être en contradiction d'une part avec les moyens disponibles, générant des phénomènes proches du double lien, et d'autre part avec l'éthique individuelle du salarié entraînant une souffrance psychique. Enfin, le contexte socio-culturel actuel favorise ce type de conduite, en valorisant le modèle de l'entreprise et le dépassement de soi au travail. Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) y jouent un rôle important en effaçant les frontières entre vie privée et vie professionnelle, rendant le salarié en permanence disponible pour son travail.

Par ailleurs, qui sont ces travailleurs appelés parfois « accros du boulot » ? Il paraît difficile d'évaluer la fréquence de ce trouble, et d'établir un « portrait-type ». Les études, basées sur des méthodologies et des modèles théoriques différents, retrouvent des taux de prévalence variant de 5 à 27%, selon les populations concernées. Une prédominance masculine est également constatée. Les professions les plus exposées semblent converger autour de postes à responsabilité, à charge de travail variable et imprévisible, telles que les professions libérales (médecins, avocats, etc...) ou les cadres des grandes entreprises.

Les deux illustrations cliniques présentées dans notre travail, font écho aux éléments cliniques précités. Les patients qui nous ont été adressés (tous deux cadres supérieurs) présentaient des fragilités individuelles entrant en résonance avec l'organisation particulière de leur poste de travail. Là encore, la place des NTIC, véritables plaques tournantes entre vie privée et vie professionnelle, était notable. Par ailleurs, elles nous interpellent sur le risque suicidaire à toujours prendre en compte dans ce type de situation. Enfin, elles ont révélé le caractère nécessaire mais non suffisant de l'arrêt de travail dans la prise en charge de cette problématique, et l'importance de la collaboration avec le médecin du travail.

L'enquête réalisée dans le cadre de cette thèse sur une des autres populations considérées comme « à risque » (celle des médecins hospitaliers), a bénéficié d'un bon taux de

participation (plus de 45% des médecins interrogés), signe de l'intérêt porté sur ce sujet. Elle confirme le taux relativement élevé de médecins hospitaliers pouvant présenter une addiction au travail selon le WART (plus de 13% des répondants), ainsi que le lien entre une forte demande psychologique (contraintes et exigences du travail) et l'existence d'une addiction au travail, confirmant le rôle joué par les contraintes organisationnelles dans l'émergence de cette pathologie.

Quoiqu'il en soit, l'addiction au travail possède une place particulière dans le champ des addictions. En effet, elle est dite « positive » ou « propre », le travail étant de nos jours valorisé par la société, au même titre que le sport. On constate effectivement des rapprochements entre le monde de l'entreprise et celui du sport de haut niveau (de l'esprit de compétition à la logique de performance, jusqu'au vocabulaire utilisé). Il s'agit également d'un sujet polémique et sensible, car touchant au monde du travail, à ses mécanismes et aux problématiques de souffrance psychique au travail, actuellement de plus en plus médiatisées. Ainsi, le risque de certaines dérives est à prendre en compte, telles que le développement des pratiques de coaching. Il nous paraît donc important que les professionnels soignants (psychologues, psychiatres, addictologues, médecins du travail, etc...) continuent de développer leur intérêt pour cette problématique et que les études et travaux dans ce domaine se poursuivent.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fenichel O. La théorie psychanalytique des névroses. Presses Universitaires de France; 1987.
2. Goodman A. Addiction: definition and implications. Br J Addict. 1990 nov;85(11):1403-8.
3. Freud S. La Naissance de la psychanalyse, 7e édition. 7e éd. Presses Universitaires de France - PUF; 1996.
4. Freud S. Malaise dans la civilisation. Puf, Coll. Bibliothèque de Psychanalyse; 1971.
5. Winnicott DW. Jeu et réalité. Gallimard; 2002.
6. McDougall J. L'économie psychique de l'addiction. Revue française de psychanalyse. 2004;68(2):511.
7. Jeammet P. Anorexie, Boulimie □: Les paradoxes de l'adolescence. Fayard/Pluriel; 2011.
8. Betourne F. Lacan - L'index. Les complexes familiaux. Editions L'Harmattan; 2003.
9. Lacan J. Le Séminaire, tome 2 □: Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse. Seuil; 2002.
10. Frances RJ. Cognitive therapy of substance abuse: Edited by Aaron T. Beck, Fred D. Wright, Cory F. Newman, Bruce S. Liese. New York, The Guilford Press, 1993. General Hospital Psychiatry. 1994 nov;16(6):436-8.
11. Olievenstein C. La Clinique du toxicomane. Universitaires; 1988.
12. Reynaud M. Traité d'addictologie. Médecine Sciences Publications; 2006.
13. Ehrenberg A. La Fatigue d'être soi. Dépression et société. Odile Jacob; 2000.
14. Castel R. Les Métamorphoses de la question sociale. Gallimard-Jeunesse; 1999.
15. Ferenczi S. Psychanalyse, tome 2 □: Oeuvres complètes, 1913-1919. Payot; 1994.
16. Abraham K. Oeuvres complètes, tome 2 □: 1915-1925. Payot; 1989.
17. Laplanche J, Pontalis J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. Presses Universitaires de France - PUF; 2007.
18. Freud S. L'avenir d'une illusion. Presses universitaires de France; 1971.
19. Oates WE. Confessions of a Workaholic. World Pub. Co; 1971.
20. Mosier SK. Workaholics: An Analysis of Their Stress, Success and Priorities. University of Texas at Austin; 1983.
21. Spence JT, Robbins AS. Workaholism: definition, measurement, and preliminary results. J Pers Assess. 1992 févr;58(1):160-78.

22. Scott K, Moore K, Micceli M. An Exploration of the Meaning and Consequences of Workaholism. *Human Relations*. 1997;50(3):287-314.
23. Machlowitz M. *Workaholics, living with them, working with them*. Addison-Wesley Pub. Co.; 1980.
24. Robinson BE. A Typology of Workaholics With Implications for Counselors. *Journal of Addictions & Offender Counseling*. 2000;21(1):34-48.
25. Naughton TJ. A Conceptual View of Workaholism and Implications for Career Counseling and Research. *The Career Development Quarterly*. 1987;35(3):180-7.
26. Varescon I. *Les addictions comportementales: Aspects cliniques et psychopathologiques*. Editions Mardaga; 2009.
27. Ades J, Lejoyeux M. *Dépendances comportementales*: achats compulsifs, addictions sexuelles, dépendance au travail, kleptomanie, pyromanie, trouble explosif intermittent, trichotillomanie. EMC. 1999;
28. Hautefeuille M. *Dopage et vie quotidienne*. Payot; 2009.
29. Guiho-Bailly M-P, Guillet D. *Psychopathologie et psychodynamique du travail*. EMC - Toxicologie-Pathologie. 2005 sept;2(3):98-110.
30. Valleur M, Valea D. Les addictions sans drogues. *Revue toxibase*. 2002 juin;(6).
31. Lane C. *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*. Flammarion; 2009.
32. Aziz S, Zickar MJ. A cluster analysis investigation of workaholism as a syndrome. *J Occup Health Psychol*. 2006 janv;11(1):52-62.
33. Porter G. Organizational impact of workaholism: suggestions for researching the negative outcomes of excessive work. *J Occup Health Psychol*. 1996 janv;1(1):70-84.
34. Robinson BE. *Chained to the Desk: A Guidebook for Workaholics, Their Partners and Children, and the Clinicians Who Treat Them*. 1^{er} éd. NYU Press; 2001.
35. Hewlett SA, Luce CB. *Extreme Jobs: The Dangerous Allure of the 70-Hour Workweek*. *Harvard Business Review*; 2006.
36. Fassel D. *Working Ourselves To Death: The High Cost of Workaholism and the Rewards of Recovery*. iUniverse; 2000.
37. Schou Andreassen C, Ursin H, Eriksen HR. The relationship between strong motivation to work, « workaholism », and health. *Psychology & Health*. 2007;22(5):615-29.
38. Dejours C, Gernet I. *Psychopathologie du travail*. Elsevier Masson; 2012.
39. Freudenberger HJ. *L'épuisement professionnel*: « la brûlure interne ». Gaëtan Morin; 1998.

40. Schaufeli WB, Taris TW, Van Rhenen W. Workaholism, Burnout, and Work Engagement: Three of a Kind or Three Different Kinds of Employee Well-being? *Applied Psychology*. 2008;57(2):173-203.
41. Nagy S, Davis LG. Burnout: a comparative analysis of personality and environmental variables. *Psychol Rep*. 1985 déc;57(3 Pt 2):1319-26.
42. Bonebright CA, Clay DL, Ankenmann RD. The relationship of workaholism with work-life conflict, life satisfaction, and purpose in life. *Journal of counseling psychology*. 47(4):469-77.
43. Hirigoyen M-F. *Le Harcèlement moral dans la vie professionnelle*. Pocket; 2002.
44. Dejours C. *Travail, usure mentale*: Essai de psychopathologie du travail. édition revue et augmentée. Bayard Jeunesse; 2008.
45. Dejours C. *Souffrance en France*. Seuil; 2000.
46. Ehrenberg A. *Le culte de la performance*. Fayard/Pluriel; 2011.
47. Ades M, Lejoyeux M. *Encore plus*: Jeu, sexe, travail, argent. Odile Jacob; 2001.
48. Burke RJ. Workaholism and divorce. *Psychol Rep*. 2000 févr;86(1):219-20.
49. Chamberlin CM, Zhang N. Workaholism, Health, and Self-Acceptance. *Journal of Counseling & Development*. 2009;87(2):159-69.
50. Burke RJ. Workaholism in organizations: concepts, results and future research directions. *International Journal of Management Reviews*. 2000;2(1):1-16.
51. Robinson BE. The Work Addiction Risk Test: development of a tentative measure of workaholism. *Percept Mot Skills*. 1999 févr;88(1):199-210.
52. Dejours C. *Activisme professionnel*: masochisme, compulsivité ou aliénation? *Travailler*. 2004;n° 11(1):25-40.
53. Aubert N, Roux-Dufort C. *Le culte de l'urgence*: La société malade du temps. Flammarion; 2004.
54. Seybold KC, Salomone PR. Understanding Workaholism: A Review of Causes and Counseling Approaches. *Journal of Counseling & Development*. 1994;73(1):4-9.
55. Venisse J-L. *Les nouvelles addictions*. Masson; 1996.
56. Castro D. *Les interventions psychologiques dans les organisations*. Dunod; 2004.
57. Burke RJ, Matthiesen SB, Pallesen S. Personality correlates of workaholism. *Personality and Individual Differences*. 2006 avr;40(6):1223-33.
58. Eysenck HJ. *Stress, appraisal, and coping*: R.S. Lazarus and S. Folkman: Springer, New York (1984). *Behaviour Research and Therapy*. 1985;23(6):714-5.
59. Fassel D. *Working Ourselves To Death*. First Edition Stated. Harperone; 1990.

60. Guiho-Bailly M-P, Goguet K. « Si tu n'avances pas, tu recules ; si tu recules, tu meurs ». Clinique de l'addiction au travail en psychiatrie quotidienne. Travailler. 2004;11(1):41.
61. Gaulejac V de. La société malade de la gestion : Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social. Seuil; 2005.
62. Joule R-V, Beauvois J-L. La soumission librement consentie : Comment amener les gens à faire librement ce qu'ils doivent faire ? Presses Universitaires de France - PUF; 1999.
63. Aubert N, Gaulejac V de. Le coût de l'excellence. Seuil; 2007.
64. Abelhauser A, Gori R, Sauret M-J. La Folie Evaluation: Le malaise social contemporain mis à nu. Fayard/Mille et une nuits; 2011.
65. Gauchet M. La Religion dans la démocratie. Gallimard; 2001.
66. Lebrun J-P. Un monde sans limite. Essai pour une clinique psychanalytique du social. Erès; 1997.
67. Aubert N. Violence du temps et pathologies hypermodernes. Cliniques méditerranéennes. 2008;78(2):23.
68. Baudrillard J. La société de consommation. Gallimard; 1996.
69. Houlfort N, Vallerand RJ. La passion envers le travail: les deux côtés de la médaille. 2006.
70. Lamarche K. Suicide chez les médecins : enquête descriptive auprès des psychiatres de Loire-Atlantique. Thèse d'exercice, Université de Nantes; 2011.
71. Grebot E, Berjot S, Lesage F-X, Dovero M. Schémas précoces inadaptés, activisme professionnel et épuisement professionnel chez des internes en médecine. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive. 2011 juin;21(2):43-52.
72. Niedhammer I, Chastang J-F, Gendrey L, David S, Degioanni S. Étude du questionnaire de Karasek : résultats de l'enquête nationale SUMER. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 2007 févr;68(1):82-3.
73. Gori R, Coz PL. Le coaching : main basse sur le marché de la souffrance psychique. Cliniques méditerranéennes. 2007;75(1):73.
74. Clot Y. Le travail à coeur : Pour en finir avec les risques psychosociaux. Editions La Découverte; 2010.
75. Choplin B. Les conduites à risque des professionnels de la finance: entre addiction et ordalie. Le Journal des psychologues. 2006;237(4):59.

ANNEXES

Critères de l'addiction selon Goodman

Goodman, psychiatre anglais, a formulé une définition de l'addiction en la décrivant comme "un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives".

Il décrit ainsi les critères d'inclusions dans le champ des addictions :

- A.** Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- B.** Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- C.** Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- D.** Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- E.** Présence d'au moins cinq à neuf critères suivants :
 1. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
 2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
 3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
 4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre.
 5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiale ou sociales.
 6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
 7. Perpétuation du comportement, bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique.
 8. Tolérance marquée: besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
 9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement
- F.** Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

Auto-questionnaire d'évaluation de l'addiction au travail⁴³
(WART: Work Addiction Risk Test)

Age _____

Sexe _____

Profession _____

(Sans préciser le service ou le pôle d'affectation)

Ce questionnaire est ANONYME.

Répondre à toutes les questions. Elles concernent uniquement votre travail.

Cochez une réponse par question.

1. Je préfère faire les choses moi-même plutôt que de demander de l'aide.

jamais parfois souvent toujours

2. Je suis impatient quand je dois attendre l'aide d'un autre ou quand une tâche prend trop de temps.

jamais parfois souvent toujours

3. J'ai l'impression d'être pressé, de courir contre la montre.

jamais parfois souvent toujours

4. Je suis irrité quand on m'interrompt au milieu d'une activité.

jamais parfois souvent toujours

5. J'ai plusieurs fers au feu. Je suis tout le temps occupé.

jamais parfois souvent toujours

6. Je fais plusieurs choses en même temps (par exemple, manger, lire, répondre au téléphone).

jamais parfois souvent toujours

7. Je m'implique trop dans mon travail. Je prends des engagements qui dépassent mes capacités de travail.

jamais parfois souvent toujours

8. Je me sens coupable quand je ne travaille pas.

jamais parfois souvent toujours

9. Il est important pour moi de voir les résultats concrets de ce que je fais.

jamais parfois souvent toujours

10. Je suis plus intéressé par le résultat final de ce que je fais que par la manière d'y arriver.

jamais parfois souvent toujours

⁴³ Version utilisée pour l'enquête dans le cadre de cette thèse

11. **Les choses ne vont jamais assez vite pour moi.**
jamais parfois souvent toujours
12. **Je perds patience quand les choses ne vont pas au rythme qui me convient.**
jamais parfois souvent toujours
13. **Je pose plusieurs fois les mêmes questions sans me rendre compte que j'ai déjà reçu une réponse.**
jamais parfois souvent toujours
14. **Je passe beaucoup de temps à organiser mon travail et à réfléchir à la manière dont je vais travailler.**
jamais parfois souvent toujours
15. **Je continue à travailler alors que mes collègues ont quitté le bureau.**
jamais parfois souvent toujours
16. **Je suis irrité quand les personnes de mon entourage ne correspondent pas à ce que j'attends d'elles.**
jamais parfois souvent toujours
17. **Je suis en colère dans les situations que je ne peux pas contrôler.**
jamais parfois souvent toujours
18. **J'ai tendance à « me mettre la pression » en m'imposant des délais quand je travaille.**
jamais parfois souvent toujours
19. **Il m'est difficile de me détendre quand je ne travaille pas.**
jamais parfois souvent toujours
20. **Je passe plus de temps au travail qu'en famille, avec mes amis, ou dans des activités de loisirs.**
jamais parfois souvent toujours
21. **J'aime préparer mon travail pour « prendre de l'avance ».**
jamais parfois souvent toujours
22. **Je supporte mal mes erreurs, même les plus anodines.**
jamais parfois souvent toujours
23. **Je consacre plus d'énergie et de temps à mon travail qu'à mes amis ou à ma famille.**
jamais parfois souvent toujours
24. **J'oublie, j'ignore ou néglige les vacances, les fêtes familiales (anniversaires, réunions de famille).**
jamais parfois souvent toujours
25. **Je prends des décisions importantes, avant d'avoir réuni tous les éléments nécessaires pour me forger une opinion.**
jamais parfois souvent toujours

Auto-questionnaire sur l'utilisation de substances psychoactives dans le cadre du travail

Avez-vous besoin de recourir à des substances psychoactives (ayant un effet sur le psychisme) sur le lieu ou en dehors de votre lieu de travail, afin de faciliter votre activité professionnelle ?

- Oui
- Non

Si oui, de quelle(s) type(s) de substance(s) s'agit-il ?

- Caféine
- Tabac
- Cannabis
- Alcool
- Médicaments (tranquillisant, somnifères,...)
- Cocaïne, amphétamine
- Héroïne, médicaments opiacés (morphine,...)
- Autre

Si oui, quel effet recherchez-vous ?

- Stimulant, euphorisant, recherche de performance
- Anxiolytique, relaxant.
- Autre

Questionnaire dit de Karasek

Evaluation des contraintes de l'environnement psychosocial au travail

Age _____

Sexe _____

Profession _____

(Sans préciser le service ou le pôle d'affectation)

Répondre à toutes les questions. Cochez une réponse par question.

1. Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

2. Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

3. Mon travail me demande d'être créatif

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

4. Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

5. Mon travail demande un haut niveau de compétence

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

6. Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

7. Dans mon travail, j'ai des activités variées

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

8. J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

9. J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

10. Mon travail demande de travailler très vite

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

11. Mon travail demande de travailler intensément

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

12. On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

13. Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

14. Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

15. Mon travail nécessite de longues périodes concentration intense

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

16. Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

17. Mon travail est très « bousculé »

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

18. Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

19. Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

20. Mon supérieur prête attention à ce que je dis

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

21. Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

22. Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

23. Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

24. Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

25. Les collègues avec qui je travaille sont amicaux

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

26. Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

Titre de Thèse
L'ADDICTION AU TRAVAIL
Le travail : du plaisir à la souffrance

RESUME

L'addiction au travail est un concept relativement récent, faisant écho à l'intérêt croissant porté sur l'étude des addictions comportementales et des pathologies psychiques liées au travail. Quelles sont les caractéristiques spécifiques et les conséquences de cette conduite, sachant que le travail est de nos jours valorisé, mais peut aussi être source de souffrance psychique, dans un contexte de mutations socio-économiques ? Quelle réalité clinique est observée en pratique ? Quelle est la fréquence de ce trouble et quelles sont les professions les plus exposées ? Pour aborder ce sujet, nous nous sommes appuyés sur une revue de la littérature, complétée par la présentation de deux vignettes cliniques et par une enquête réalisée auprès des médecins hospitaliers du CHU de Nantes. Enfin, nous avons essayé d'en dégager les enjeux et perspectives, notamment concernant les axes de prise en charge.

MOTS-CLES

- ADDICTION AU TRAVAIL
- WORKAHOLISME
- WART
- KARAZEK
- ENQUETE