

Dr Alexandre Rezvani\*, M. Antoine Maitre\*\*, Dr Marie Grall-Bronnec\*\*\*

\* Service de psychiatrie 3, Centre hospitalier, 59, rue Michel Ange, F-44600 Saint-Nazaire. Courriel : alex.rezvani@gmail.com

\*\* Unité Espace – Service de psychiatrie 5, CHU de Nantes, France

\*\*\* Service d'addictologie, Institut fédératif des addictions comportementales, CHU de Nantes, France

Reçu novembre 2012, accepté mai 2013

# L'addiction au travail

## À propos d'un cas

### Résumé

L'addiction au travail est un concept relativement récent, aux définitions encore floues. Reposant sur des modèles théoriques multiples, elle ne fait pas consensus à ce jour. Elle bénéficie par ailleurs d'une image positive, le travail étant fortement valorisé dans nos sociétés. À travers la présentation d'un cas clinique, et en nous appuyant sur le modèle trivarié des addictions proposé par Olivenstein, nous soulignons l'intrication de plusieurs facteurs de risque dans l'émergence de ce trouble. Il s'agit, d'une part, de facteurs individuels (quête de reconnaissance par le travail, lutte contre des angoisses, profil de personnalité), d'autre part, de facteurs liés à l'organisation du travail (rythmes, influence des nouvelles méthodes de management), et enfin, de facteurs liés au contexte socioculturel (rôle des technologies de l'information et de la communication, culte de la performance et de l'urgence). Des axes de prise en charge thérapeutiques sont proposés, associant modalités de soins communes aux autres addictions et aspects spécifiques.

### Mots-clés

Addiction – Travail – Cas clinique – Facteur de risque.

### Summary

#### Work addiction. A case report

Work addiction is a relatively recent concept and remains poorly defined. It is based on multiple theoretical models and no consensus has been reached at the present time. It is also associated with a positive image, as work is highly valued in western societies. In the light of a clinical case report, and based on the trivariate model of addiction proposed by Olivenstein, the authors highlight the role of several risk factors in emergence of this disorder: individual factors (search for recognition by work, control of anxiety, personality profile), factors related to work organization (rhythms, influence of new methods of management), and finally factors related to the sociocultural context (role of information and communication technologies, the cult of performance and urgency). Various lines of therapeutic management are proposed, comprising modalities of care common to the treatment of other addictions as well as more specific aspects.

### Key words

Addiction – Work – Workaholism – Case report – Risk factor.

L'addiction au travail est un concept relativement récent, au carrefour du champ des addictions et de celui de la souffrance au travail. En effet, son émergence ces dernières années fait écho à l'intérêt porté à l'étude des addictions dites comportementales (jeu pathologique, hyperactivité sportive, usage problématique d'Internet, addiction sexuelle, etc.). Historiquement, deux conceptions du travail se sont affrontées. L'une considérait le travail comme une forme de contrainte, voire d'aliénation (depuis le terme latin *trepalium*, qui signifie instrument de torture, jusqu'aux travaux de Marx et Arendt), l'autre

comme un moyen d'émancipation (idée retrouvée notamment dans les sociétés occidentales actuelles). Il est intéressant de voir que cette opposition est au cœur même de la problématique des addictions : engagement dans une conduite addictive visant à récupérer un espace, certes illusoire, de liberté, puis vécu progressif de perte de contrôle et de liberté.

Les premières descriptions de ce qui sera appelé plus tard "addiction au travail" se trouvent dans certains écrits psychanalytiques sous le terme de "névroses du dimanche"

(1), qui correspondent à un “vécu chargé de tension”, associé à des troubles somatiques (céphalées, troubles digestifs et cardiovasculaires) lors des périodes d’inactivité. Fenichel parle ensuite de ces conduites au travail comme d’une “tentative infructueuse visant à maîtriser l’angoisse, la dépression ou la culpabilité, par l’activité” (2).

Plus récemment, l’intérêt porté à ces “bourreaux de travail” refait surface, en particulier aux États-Unis avec l’émergence du terme “workaholisme”, néologisme issu de la contraction de *work* et *alcohol* utilisé par Oates dans son ouvrage autobiographique (3). Il y décrit sa dépendance à l’activité professionnelle, à l’origine de ses déboires amicaux et conjugaux, et de la dégradation de sa santé mentale et physique, qui évoque en de nombreux points la dépendance à l’alcool.

Par la suite, les études se sont multipliées (4) et les définitions apportées au “workaholisme” se sont enrichies, reposant sur des modèles théoriques différents (5) qui définissent chacun plusieurs profils de “workaholiques” en fonction de critères préalablement établis. On retrouve

notamment ceux de Spence et Robbins (6), de Scott et Moore (7), de Naughton (8), de Snir et Harpaz (9, 10) ou encore de Robinson, ce dernier étant à l’origine de l’auto-questionnaire d’évaluation de l’addiction au travail le plus utilisé à ce jour : le *Work addiction risk test* ou WART (annexe 1) (11).

Néanmoins, malgré les divergences, la plupart des auteurs s’accordent sur le fait que plus que le nombre d’heures travaillées, c’est la nature du lien vis-à-vis du travail qui importe. Dans cette perspective, certains auteurs éclairent le workaholisme à la lumière du modèle des addictions, en le définissant par des caractéristiques se rapprochant des critères de Goodman, qui font consensus dans ce domaine (12). On retrouve ainsi, en particulier, la perte de contrôle sur le comportement de travail et la poursuite de l’hyperinvestissement professionnel malgré les dommages qui surviennent inévitablement (notamment décrits par Fassel), sur les plans tant physique que psychique (13, 14).

Du fait de la diversité des modèles théoriques utilisés, de la méthodologie des travaux retenue et des populations

### Annexe 1. – *Work addiction risk test* (WART), version traduite en français

Chaque question est cotée respectivement de 1 à 4 par les items suivants : *jamais, parfois, souvent, toujours*.

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

choisies, les études retrouvent des taux de prévalence variant de 5 à 27 % (15), ce qui contribue au flou de cette entité (16).

Par la présentation d'une vignette clinique, nous souhaitons mettre en lumière le trouble, discuter les facteurs de risque contribuant à son apparition et à son maintien, ainsi que des liens entre addiction au travail et autres conduites addictives, et aborder enfin les aspects thérapeutiques associés à ce trouble.

## Cas clinique

Le patient dont nous décrivons le cas a été évalué au cours de plusieurs entretiens, trois mois après une hospitalisation. À noter qu'il a été informé de la publication possible de ce travail. Monsieur B, âgé de 45 ans, a été hospitalisé dans un service de psychiatrie pour "idéations suicidaires et syndrome anxio-dépressif". Il s'agit de sa première hospitalisation en psychiatrie. Il n'a jamais été suivi auparavant et on ne retrouve aucun antécédent psychiatrique. Les antécédents somatiques comprennent :

- un infarctus du myocarde et une hypertension artérielle diagnostiqués six mois auparavant suite à un malaise pendant ses vacances ;
- un ulcère gastroduodéal diagnostiqué il y a trois ans ;
- des migraines apparaissant surtout le week-end.

L'interrogatoire met en évidence des conduites addictives :

- des consommations abusives d'alcool, apparues au début de son parcours professionnel, à visée anxiolytique dans le cadre de son travail. Il a pu les stopper après le diagnostic d'ulcère ;
- des consommations abusives de café (jusqu'à deux litres par jour), depuis l'arrêt des consommations d'alcool, afin d'améliorer ses performances au travail ;
- une activité physique importante, avec la pratique de la natation 7 h 30 par semaine, de l'arrêt des consommations d'alcool jusqu'à l'infarctus. Il décrit depuis un "manque" ;
- il n'existe pas d'élément en faveur de troubles liés à l'usage d'autres substances psychoactives (tabac, benzodiazépines, etc.), ni en faveur d'autres addictions comportementales (jeu pathologique, achats compulsifs, etc.).

Monsieur B est marié et a une fille unique âgée de huit ans. Cadre supérieur dans une grande entreprise de restauration collective, il travaille en moyenne 53 heures par semaine.

À propos de son activité professionnelle, il évoque une "accumulation de stress et une incapacité à prendre du recul" depuis plusieurs semaines. Il révèle ne pas avoir respecté les arrêts de travail prescrits dans les suites de l'infarctus. Il dit vivre au travail à "200 à l'heure", et que ce dernier lui permet "de ne pas penser, d'échapper à certaines souffrances". Au fil des entretiens, il évoque ainsi le vécu douloureux lié au décès de sa mère, de qui il était très proche, et la résurgence d'anxiété de mort, notamment au moment de son infarctus, avec la crainte que sa fille ne devienne orpheline. Les relations avec son père, ancien ingénieur diplômé d'une grande école, sont décrites comme froides et distantes. Dans sa famille, "il fallait travailler et être le meilleur". Il a d'ailleurs toujours été premier de sa classe ("comme sa fille") et a terminé major de promotion d'une école d'ingénieur à l'issue de ses études.

Sur le plan professionnel, il évoque un univers bruyant, avec un rythme de travail soutenu, mais également un isolement vis-à-vis de ses collègues. Il admet rarement déléguer des tâches à ses subordonnés, par crainte que les choses "n'aillent pas assez vite". Il dit être souvent appelé sur son téléphone portable par ses supérieurs en dehors même de ses horaires de travail, et il reçoit de nombreux courriels professionnels (plus d'une centaine par jour). Le prêt d'ordinateurs portables ou de téléphones de type "smartphone" par la direction a été généralisé au sein de son entreprise, et Monsieur B ne peut alors s'empêcher de consulter sa messagerie n'importe où et n'importe quand, de façon frénétique. Lorsqu'il tente de lutter contre l'envie de le faire, il se sent anxieux, tendu, ayant l'impression "de manquer quelque chose d'important". Il se laisse alors aller à écouter ou lire les messages qui lui parviennent, ce qui le soulage. D'ailleurs, Monsieur B répondra à plusieurs reprises à des coups de fil professionnels lors des entretiens menés avec lui. De ce fait, il dit ne pas parvenir "à couper" le soir ou lors des week-ends et vacances. Il se laisse envahir sur les moments censés être des pauses, pour ne pas être en retard, voire pour prendre de l'avance sur son travail, au prix d'un temps passé à travailler excessif et non contrôlé et d'un renoncement aux activités de détente et de loisirs. Même lorsqu'il ne travaille pas "activement", Monsieur B est préoccupé par le travail.

Par ailleurs, il décrit une inflation des contraintes administratives et des objectifs quantitatifs de travail imposés par la direction depuis quelques années, malgré la baisse des effectifs. Il a bien conscience du caractère pathologique de son engagement dans le travail. Même si les exigences hiérarchiques sont fortes, l'investissement professionnel

de Monsieur B dépasse ce qui lui est demandé. Il pourrait “faire autrement”, mais n’y parvient pas. Monsieur B a également été amené à participer à des négociations lors des mises à plat des effectifs, ce qui entraine en conflit avec son éthique et ses valeurs morales, générant une souffrance psychique.

À son arrivée dans l’unité d’hospitalisation, on retrouve bien un épisode dépressif majeur avec une tristesse de l’humeur, une angoisse, une asthénie, une anhédonie, un émoussement des affects, des troubles de la concentration et du sommeil, associés à un ralentissement psychomoteur et des idées suicidaires. Il n’est pas délirant, ni dissocié.

Au cours de son hospitalisation, et alors qu’un traitement antidépresseur est prescrit, les signes cliniques précités vont progressivement s’amender. Monsieur B se montre très actif, dans l’hyper-contrôle et la maîtrise des soins. Il demande sa sortie contre avis médical, évoquant la nécessité de “repartir de l’avant, de refermer le couvercle et de trouver des solutions concrètes” à ses problèmes. L’arrêt de travail prescrit à sa sortie ne sera pas respecté.

## Discussion

---

Plusieurs des éléments décrits dans la vignette clinique convergent en faveur d’un diagnostic d’addiction au travail, comme en témoigne la présence des critères proposés par Goodman (12) : impossibilité de résister aux impulsions à travailler, sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du travail, plaisir ou soulagement pendant sa durée, sensation de perte de contrôle pendant le travail, préoccupation fréquente au sujet du travail, durée du travail plus importante que souhaitée, tentatives répétées pour réduire ou contrôler le travail, survenue fréquente du travail lorsque le sujet doit accomplir des obligations familiales ou sociales, activités sacrifiées du fait du travail, poursuite du travail malgré les dommages, irritabilité en cas d’impossibilité de travailler.

Les entretiens menés avec ce patient permettent, outre la confirmation du diagnostic d’addiction au travail, de repérer les facteurs de risque multiples qui ont contribué à ce que le trouble addictif apparaisse et perdure. Les facteurs de vulnérabilité individuels sont les plus nombreux. On peut ainsi faire l’hypothèse, chez Monsieur B, d’une fragilité narcissique en lien avec des carences affectives (décès de sa mère, relations distantes avec son père), à l’origine d’une quête de reconnaissance par le travail visant à les combler. Néanmoins, cette tentative est insuffisante, le

patient ressentant en permanence un sentiment d’incomplétude. Ceci le pousse à répéter continuellement sa recherche de reconnaissance, quel que soit l’effort dans le travail. Le processus addictif est alors à l’œuvre. Le travail remplit également, chez Monsieur B, une fonction dite “auto-calmante” (17), afin de lutter contre des angoisses. Se plonger à corps perdu dans le travail lui permet d’éviter de penser, en particulier à des conflits intrapsychiques non accessibles à une quelconque élaboration, comme en témoigne sa volonté farouche de “remettre le couvercle et d’échapper à la souffrance”. Ceci est le reflet d’un déficit de mentalisation, d’une pensée opératoire (“aller de l’avant, trouver des solutions”), s’exprimant aussi par des troubles d’ordre psychosomatique (migraines, ulcère gastro-duodénale, troubles cardiovasculaires), témoins d’une répression de la vie affective. Par ailleurs, les traits de caractère de Monsieur B évoquent une personnalité de type obsessionnelle-compulsive (difficulté à déléguer, maîtrise et hyper-contrôle), souvent associée à l’addiction au travail (14, 18). De même, certains éléments retrouvés dans l’anamnèse se rapprochent d’un profil de personnalité de type A (impatience, goût pour la combativité, sentiment d’urgence) (4, 19). Il est à noter que ce profil est associé au risque d’accidents cardiovasculaires, comme nous le retrouvons chez Monsieur B.

D’autres facteurs se rapportent à l’objet de l’addiction, en l’occurrence le travail, et à son organisation. L’ambiance de travail, décrite par Monsieur B comme “rapide et bruyante”, peut générer des phénomènes dits “d’auto-accelération” (17), constituant une fuite en avant défensive. Le patient a ainsi été incité à intensifier son effort et à fonctionner comme une machine, en excluant tout affect de sa conscience, afin de supporter les cadences infernales. Il y a une “obligation pour l’employé de fonctionner comme une structure comportementale ou caractérielle” (17). Ceci permet à Monsieur B de minimiser le parasitage de son activité par une souffrance liée aux mauvaises conditions de travail. On retrouve également l’influence des nouvelles formes de management (20). Elles sont basées sur la concurrence et la compétition entre les employés (le parallèle peut d’ailleurs être fait avec le monde du sport de haut niveau) et l’accroissement de leur autonomie, avec en contrepartie une exigence stricte quant aux objectifs à atteindre, qui sont parfois en contradiction avec les moyens apportés par l’entreprise pour les réaliser. Ceci est à l’origine de phénomène de double lien, Monsieur B devant faire plus, avec moins de moyens, ou d’injonctions paradoxales générant une souffrance psychique. En outre, le statut professionnel de Monsieur B (cadre supérieur d’une grande entreprise) est considéré comme à risque.

Plusieurs études ont montré que les professions les plus exposées à une addiction au travail correspondent à des postes à responsabilité, souvent socialement valorisés et associés aux revenus les plus élevés, à charge de travail importante, mais également variable et imprévisible (heures supplémentaires), nécessitant parfois des déplacements professionnels et de nombreuses démarches administratives (rapports d'activité, etc.) (21, 22). Ces critères caractérisent bien le métier de cadre.

Enfin, des facteurs liés à l'environnement doivent être évoqués. Monsieur B est issu d'une famille au modèle éducatif strict et exigeant, valorisant sur la réussite et l'excellence scolaire, comme cela est souvent décrit dans la littérature (23-25). Il reproduit ce modèle avec sa fille. L'utilisation de nouvelles technologies de l'information et de la communication – NTIC (smartphones, ordinateurs portables) participe à la disparition des limites entre vie privée et vie professionnelle, obligeant Monsieur B à être disponible pour son travail à tout moment (vacances, entretiens médicaux, etc.). Il a développé un véritable "culte de l'urgence" (26), c'est-à-dire qu'il se sent obligé d'être réactif, de répondre dans l'instant. Dans cette "dictature du temps immédiat" (26), l'individu pensant pouvoir mieux maîtriser le temps par l'utilisation de ces NTIC et gagner en autonomie en devient finalement l'esclave. Il existe bien chez Monsieur B un rapport au temps empreint d'urgence, d'impatience et d'immédiateté ("travailler à 200 à l'heure", "si je n'avais pas ce rythme, je m'embêterais"), reflet d'une société exigeante qui repousse sans cesse les limites, favorisant l'action immédiate au détriment de la réflexion.

L'addiction au travail est souvent liée à d'autres conduites addictives. Monsieur B a, comme de nombreux "addicts" au travail, des antécédents d'abus d'alcool ou de caféine. Utilisées dans le cadre du travail, ces substances psychoactives ont une fonction anxiolytique (alcool) ou stimulante (caféine), afin d'améliorer les performances et la productivité au travail. Ce "dopage au quotidien" (27) permet d'établir un parallèle entre le monde du travail et le sport de haut niveau. Ces prises de substances répondent au souci pour l'employé de s'adapter et de supporter ses conditions de travail, en d'autres termes de s'intégrer à l'entreprise. On parle alors de "drogues d'intégration sociale" (28). De plus, l'hyperactivité physique rapportée par Monsieur B et le vécu de manque depuis son arrêt indiquent une possible conduite d'addiction sportive se substituant au travail lors des périodes d'inactivité. Cela atteste des parentés entre les addictions, avec le partage de facteurs de risque, et le passage fréquent de l'une à l'autre, ce que les Anglo-Saxons appellent les *switching addictions*.

La prise en charge des addictions au travail repose sur les grands principes du traitement des addictions, auxquelles s'ajoutent des mesures spécifiques. La principale difficulté réside dans le fait qu'il s'agit d'une addiction dite "propre" ou "positive", le travail étant plutôt valorisé dans nos sociétés. Se pose dans ce contexte la question de la reconnaissance du trouble, malgré les premiers dommages, et celle de la demande de soin qui, comme nous venons de le voir dans ce cas clinique, peut être exprimée, avec ambivalence, à la faveur d'une complication. En plus des éléments communs à la prise en charge des addictions (repérage précoce du trouble et intervention brève, entretiens motivationnels, psychothérapie selon différentes modalités, prise en charge des comorbidités somatiques, psychiatriques et addictives, groupes de *Workaholics Anonymous*) (29, 30), on note certaines spécificités :

- la prescription d'arrêts de travail, contrainte imposée permettant une période de repos et de mise à distance. La principale difficulté réside dans le fait que ces patients ne respectent pas toujours ces temps d'arrêt de l'activité (31). Leur place et leur indication ne sont pas encore clairement précisées à ce jour ;
- le rôle du médecin du travail, qui peut fournir des éléments-clés relatifs à l'organisation du travail dans l'entreprise et envisager des aménagements de poste, voire des possibilités de reclassement (18, 32). C'est aussi un acteur majeur du repérage précoce et de l'intervention brève ;
- les entreprises elles-mêmes qui, en agissant sur leur fonctionnement interne, peuvent jouer un rôle de prévention (30, 33), d'autant que le workaholisme peut avoir des effets négatifs sur l'activité professionnelle (34, 35).

## Conclusion

L'addiction au travail a donc une place particulière dans le champ des addictions. Il s'agit d'une addiction dite "propre", encore mal repérée par les professionnels de santé. Il n'existe pas à ce jour de réel consensus sur la définition de ce trouble.

Si l'addiction au travail partage avec les autres troubles addictifs de nombreux points communs, en particulier pour ce qui fait le cœur de l'addiction (perte du contrôle sur le travail, poursuivi en dépit des dommages), elle n'en présente pas moins certaines spécificités liées à l'objet addictif lui-même (représentation sociale du travail, influence des NTIC, etc.) ou en matière de prise en charge thérapeutique.

Pour finir, il est important de pointer les risques de dérives, telles que des pratiques de type “coaching”, pour ces pathologies se retrouvant souvent sur le “marché de la souffrance psychique au travail”, d’où l’importance de poursuivre les travaux dans le cadre de recherches médicales. ■

**Conflits d’intérêt.** – Les auteurs déclarent l’absence de tout conflit d’intérêt.

A. Rezvani, A. Maitre, M. Grall-Bronnec  
L’addiction au travail. À propos d’un cas  
*Alcoologie et Addictologie* 2013 ; 35 (3) : 255-260

## Références bibliographiques

- 1 - Ferenczi S. *Psychanalyse. Tome 2 : Œuvres complètes, 1913-1919.* Paris : Payot ; 1994.
- 2 - Fenichel O. *La théorie psychanalytique des névroses. Tome 1 : Le développement mental, les névroses traumatiques et les psychonévroses.* 4<sup>ème</sup> édition. Paris : PUF ; 1987.
- 3 - Oates WE. *Confessions of a workaholic.* Londres : Mosby-Wolfe ; 1972.
- 4 - McMillan LHW, O’Driscoll MP, Marsh NV, Brady EC. Understanding workaholism: data synthesis, theoretical critique, and future design strategies. *International Journal of Stress Management.* 2001 ; 8 (2) : 69-91.
- 5 - Grebot É. Réflexions sur la notion de workaholisme : pour une approche transactionnelle. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique.* 2013 ; 171 (2) : 95-9.
- 6 - Spence JT, Robbins AS. Workaholism: definition, measurement, and preliminary results. *J Pers Assess.* 1992 ; 58 (1) : 160-78.
- 7 - Scott KS, Moore KS, Miceli MP. An exploration of the meaning and consequences of workaholism. *Human Relations.* 1997 ; 50 (3) : 287-314.
- 8 - Naughton TJ. A conceptual view of workaholism and implications for career counseling and research. *Career Development Quarterly.* 1987 ; 35 (3) : 180-7.
- 9 - Snir R, Harpaz I. Beyond workaholism: towards a general model of heavy work investment. *Human Resource Management Review.* 2012 ; 22 (3) : 232-243.
- 10 - Harpaz I, Snir R. Workaholism: its definition and nature. *Human Relations.* 2003 ; 56 (3) : 291-319.
- 11 - Robinson BE. The work addiction risk test: development of a tentative measure of workaholism. *Percept Mot Skills.* 1999 ; 88 (1) : 199-210.
- 12 - Goodman A. Addiction: definition and implications. *Br J Addict.* 1990 ; 85 (11) : 1403-8.
- 13 - Fassel D. Working ourselves to death: the high cost of workaholism and the rewards of recovery. Bloomington : iUniverse ; 2000.
- 14 - 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.
- 15 - Aziz S, Zickar MJ. A cluster analysis investigation of workaholism as a syndrome. *J Occup Health Psychol.* 2006 ; 11 (1) : 52-62.
- 16 - Elowe J. [Workaholism: between illusion and addiction]. *Encéphale.* 2010 ; 36 (4) : 285-293.
- 17 - Dejours C. *Activisme professionnel : masochisme, compulsivité ou aliénation ? Travailler.* 2004 ; 11 (1) : 25-40.
- 18 - Dejours C, Gernet I. *Psychopathologie du travail.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2012.
- 19 - Rosenman RH, Friedman M. Modifying type A behavior pattern. *Journal of Psychosomatic Research.* 1977 ; 21 (4) : 323-31.
- 20 - Schaeff AW. *The addictive organization: why we overwork, cover up, pick up the pieces, please the boss, and perpetuate sick organizations.* San Francisco : HarperOne ; 1990.
- 21 - Robinson BE. *Chained to the desk: a guidebook for workaholics, their partners and children, and the clinicians who treat them.* Second edition. New York : NYU Press ; 2007.
- 22 - Hewlett SA, Luce CB. Extreme jobs: the dangerous allure of the 70-hour workweek. *Harv Bus Rev.* 2006 ; 84 (12) : 49-59, 162.
- 23 - Varescon I, Collectif. *Les addictions comportementales : aspects cliniques et psychopathologiques.* Bruxelles : Éditions Mardaga ; 2009.
- 24 - Chamberlin CM, Zhang N. Workaholism, health, and self-acceptance. *Journal of Counseling & Development.* 2009 ; 87 (2) : 159-69.
- 25 - Robinson BE, Carroll JJ. Assessing the offspring of workaholic parents: the Children of workaholics screening test. *Percept Mot Skills.* 1999 ; 88 (3 Pt 2) : 1127-34.
- 26 - Aubert N. *Le culte de l’urgence : la société malade du temps.* Paris : Éditions Flammarion ; 2009.
- 27 - Hautefeuille M. *Dopage et vie quotidienne.* Paris : Payot ; 2009.
- 28 - Ehrenberg A. *Le culte de la performance.* Paris : Fayard, Pluriel ; 2011.
- 29 - Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* 1992 ; 47 (9) : 1102-14.
- 30 - Karila L, Liot K, Reynaud M. Work: a potential addiction. *Rev Méd Liège.* 2010 ; 65 (2) : 71-7.
- 31 - Guiho-Bailly MP, 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) : 41-56.
- 32 - Chakroun R. Le workaholisme : addiction au travail ou travail sur l’addiction ? *Archives des Maladies Professionnelles et de l’Environnement.* 2012 ; 73 (6) : 896-902.
- 33 - Ng TWH, Sorensen KL, Feldman DC. Dimensions, antecedents, and consequences of workaholism: a conceptual integration and extension. *Journal of Organizational Behavior.* 2007 ; 28 (1) : 111-36.
- 34 - Burke RJ. Workaholism in organizations: psychological and physical well-being consequences. *Stress Medicine.* 2000 ; 16 (1) : 11-6.
- 35 - Porter G. Organizational impact of workaholism: suggestions for researching the negative outcomes of excessive work. *J Occup Health Psychol.* 1996 ; 1 (1) : 70-84.