

Burn-out : le mal du siècle ?

Philippe FOSSATI & François MARCHAND

Burn-out : le mal du siècle ?

Philippe FOSSATI & François MARCHAND

Sommaire

Avant-propos p. 5
Jean-Claude Seys

Burn-out : le mal du siècle ? p. 9
Philippe Fossati

Burn-out et insomnie p. 23
François Marchand

Débat p. 31

Les publications de l'Institut Diderot p. 53

Avant-propos

Le mot burn-out est récemment apparu dans le langage courant et fait florès dans les échanges relatifs à la santé publique.

Pour certains collègues ou employeurs, le burn-out serait une excuse habile car non récusable pour échapper au travail. Pour d'autres au contraire, c'est la conséquence délétère des conditions de travail trop dures imposées aux salariés...

Les travaux du Professeur Fossati et du Docteur Marchand démontrent que le phénomène est complexe et ne se ramène pas à des schémas simplistes. Le burn-out existe bel et bien et ne peut guère être simulé. Il ne frappe pas les tire-au-flanc, mais au contraire les personnes les plus investies dans leur travail lorsqu'elles n'arrivent pas à faire face aux exigences qui leur sont parfois imposées mais qu'elles se sont le plus souvent fixées elles-mêmes.

Dans le passé, le phénomène n'était pas identifié, soit qu'il fût confondu avec la dépression avec laquelle il entretient des rapports qu'explicitent nos intervenants,

soit qu'il fût moins fréquent et plus probablement les deux.

La plus grande fréquence actuelle pourrait s'expliquer par un rapport différent au travail en même temps qu'une plus grande vulnérabilité des individus due à diverses évolutions sociétales.

Dans le passé, pour la grande majorité de la population, les attentes à l'égard du travail se limitaient au salaire permettant de vivre et faire vivre sa famille : journaliers agricoles, ouvriers spécialisés (OS) ou employés aux écritures n'attendaient pas une réalisation de soi de leur travail. La vie privée, par contre, était le plus souvent marquée par une stabilité rassurante de la famille et de la communauté locale avec laquelle se confondait souvent la communauté de travail.

Désormais la vie personnelle et familiale de beaucoup est devenue stressante, en raison de la solitude pour certains, de l'instabilité familiale pour d'autres, de la dispersion et des rythmes de travail décalés des membres de la famille, du travail des deux conjoints hors du foyer, des mobilités contraintes...

Les attentes à l'égard du travail, en tant que moyen de réalisation de soi, s'en trouvent renforcées. Une étude récente montre qu'un pourcentage élevé de personnes n'a pas l'emploi qu'elles souhaiteraient car il n'y a pas de coïncidence naturelle entre les emplois souhaités et les emplois offerts. Par ailleurs, la spécialisation extrême, qui

n'est plus seulement celle des OS mais de tous les emplois, la bureaucratisation, les remises en cause fréquentes qui caractérisent désormais la vie professionnelle rendent difficile et fragile la réalisation de cet espoir.

Ces éléments de déstabilisation sont fréquemment renforcés par un management inadapté : les modèles hiérarchiques hérités du passé ; les difficultés personnelles des hiérarchiques eux-mêmes et la tendance universelle à l'individualisme conduisent au développement de comportements de managers qui ont davantage pour conséquence de reporter leur propre stress sur leurs collaborateurs qu'à prendre en charge le stress de ceux-ci.

Une fragilité individuelle renforcée par les évolutions de l'environnement et un accroissement simultané des attentes de réalisation de soi à l'égard du travail peuvent faciliter l'apparition du burn-out que certaines caractéristiques propres aux individus peuvent également rendre moins évitable.

Jean-Claude Seys
Président de l'Institut Diderot

Burn-out : le mal du siècle ?

INTRODUCTION :

LES AMBIGUÏTÉS DE LA NOTION DE « BURN-OUT »¹

Le burn-out, ou syndrome d'épuisement professionnel, est un sujet complexe : il relève à la fois de questions sociétales, de l'organisation du travail et de la médecine. L'histoire du concept le montre déjà. Celui-ci naît en effet de la rencontre de deux courants. D'un côté, le psychologue Herbert Freudenberger décrit en 1974 un syndrome présent chez des jeunes recrues des *free clinics* américaines prenant en charge des patients toxicomanes. Ces recrues, au départ très investies dans leur travail, deviennent progressivement épuisées et désillusionnées. Freudenberger utilise alors pour décrire ce syndrome le terme de *burn-out*, de *burn*, « brûler », pour indiquer que ces personnes sont consumées, qu'elles craquent, que leurs ressources physiques et cognitives se réduisent considérablement.

Le second courant à l'origine de notre concept de burn-out est la psychologie sociale, avec en particulier les

1. Professeur Philippe Fossati, Chef du département psychiatrie adulte à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, co-responsable de l'équipe « Contrôle - interoception - attention » CNRS UMR 1227 Inserm U 7225.

travaux de Christina Maslach. La différence, ici, est qu'au lieu de s'intéresser à l'intraindividuel, le regard porte sur l'interindividuel : le burn-out n'engage pas simplement l'individu, mais sa relation avec son environnement. Le burn-out relève, dans cette perspective, de l'organisation professionnelle et du management.

Cette dualité marque ainsi, dès le départ, l'un des principaux problèmes posés par cette notion de burn-out : s'agit-il d'un mal trouvant sa source dans l'individu, son attitude, ses vulnérabilités, ou engage-t-il prioritairement l'environnement de travail ?

Une autre question qui fait débat est celle de savoir comment se représenter ce syndrome : s'agit-il d'un processus en cours ou d'un état caractérisé que l'on peut identifier au moyen d'un diagnostic ? Cette distinction est importante, notamment parce que, selon le point de vue adopté, les statistiques sur la prévalence du phénomène ne seront pas les mêmes.

I. DÉFINITION DU CONCEPT

Le burn-out se caractérise par trois éléments : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le sentiment de réduction de l'accomplissement personnel.

1 - L'épuisement émotionnel

C'est l'élément le plus facilement observable du burn-out : les patients se plaignent d'une grande fatigue au travail, d'être débordés, de ne plus avoir les ressources pour faire ce qu'ils doivent faire. Cela se traduit aussi par des réactions émotionnelles. Ces personnes deviennent beaucoup plus irritables, elles sont angoissées au moment d'aller au travail, avec, pour conséquence, soit des absences, soit, au contraire, un surinvestissement dans le travail pour essayer de compenser. Un autre élément important est la disparition des limites entre vie privée et vie professionnelle. Enfin, des troubles du sommeil apparaissent, ce qui sera l'objet de l'exposé du Dr François Marchand qui resituera le problème dans une réflexion plus générale sur la question du sommeil dans nos sociétés industrielles.

2 - La dépersonnalisation

Le burn-out a été initialement observé dans les professions médicales. On le retrouve plus généralement chez les personnes aidantes : travailleurs sociaux, avocats, enseignants, etc. Or l'une des caractéristiques du burn-out est le fait que, dans ces métiers centrés sur une relation humaine, le professionnel commence progressivement à considérer les gens comme des objets et à déshumaniser la relation. On n'a plus affaire à un

patient, mais à « l'appendicite de la 13 » ou au « déprimé de la 14 ». Cette dépersonnalisation traduit non seulement une souffrance du professionnel, mais a aussi des conséquences potentielles sur son travail et sur les personnes dont il a la charge. En raison, probablement, d'une grande culpabilité de ne pas pouvoir faire face, le professionnel répond à ce débordement émotionnel par une objectivation de la relation, une dépersonnalisation qui entretiendra à son tour son stress et sa culpabilisation.

3 - La réduction du sentiment d'accomplissement personnel

Certes, on travaille pour avoir de quoi payer ses factures, mais, en général, il s'agit aussi de faire quelque chose dont on estime que cela a une utilité sociale. Or la troisième caractéristique du burn-out est la disparition de ce sentiment, chez des gens qui souvent mettaient des attentes considérables dans leur travail. Celui-ci apparaît désormais comme une tâche où l'on ne se réalise pas et qui se réduit au fait de toucher une rémunération pour pouvoir consommer ailleurs.

II. LE DIAGNOSTIC DE BURN-OUT ET LA PRÉVALENCE DU PHÉNOMÈNE

À quel moment peut-on considérer que l'on a affaire à un trouble au sens médical du terme, qui justifierait une intervention ? Le principal outil dont nous disposons est le questionnaire mis au point par Christina Maslach, le *Maslach Burn-out Inventory* (voir tableau 1).

À la dépersonnalisation correspondent des questions comme la question 05 : « Je sens que je m'occupe de certains clients/patients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets », ou la question 15 : « Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves ». Il est évident que, pour une institutrice ou un infirmier, une fréquence élevée de ce sentiment pose un grave problème.

Au sentiment d'accomplissement au travail correspondent, par exemple, la question 09 : « J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens » ou la question 19 : « J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail. »

À l'issue de ce questionnaire, un score est établi, permettant d'établir s'il y a burn-out, et à quel degré. Le problème est qu'en fait il n'y a pas de consensus scientifique sur le seuil à partir duquel on peut considérer que l'on a affaire à une pathologie. On n'est pas dans un cas comme le diabète où, malgré quelques variations, il y a consensus sur un taux de glycémie au-delà duquel la situation devient pathologique. Ici, à partir de quel score y a-t-il vraiment burn-out ? Cela a évidemment

des incidences sur la mesure de la prévalence du phénomène. Les syndicats, par exemple, qui poussent à la reconnaissance du burn-out comme maladie professionnelle, reprendront le chiffre de 28 % de la population en burn-out. Mais ce chiffre n'a de sens que si l'on précise comment on mesure le phénomène et les seuils que l'on a retenus.

TABLEAU 1 :

Le *Maslach Burn-out Inventory* et la mesure du burn-out

- Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

0 = Jamais

1 = Quelques fois par an, au moins

2 = Une fois par mois au moins

3 = Quelques fois par mois

4 = Une fois par semaine

5 = Quelques fois par semaine

6 = Chaque jour

- Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire.
- Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

	Jamais ↓		Chaque jour ↓					
01 - Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6	
03 - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6	
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6	
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6	
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6	
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
09 - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6	
10 - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6	
11 - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6	
12 - Je me sens plein(e) d'énergie.	0	1	2	3	4	5	6	
13 - Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
14 - Je sens que je travaille «trop dur» dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
15 - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
16 - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6	
17 - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
18 - Je me sens ragaillardifié(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
19 - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6	
20 - Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6	
21 - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6	
22 - J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes.	0	1	2	3	4	5	6	

Total du Score d'Épuisement Professionnel (SEP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 01. 02. 03. 08. 13. 14. 16. 20

SEP = Épuisement Professionnel	SEP < à 17	18 < SEP < 29	30 < SEP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 05. 10. 11. 15. 22

SD = Dépersonnalisation	SD < à 5	6 < SD < 11	12 < SD
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Accomplissement Personnel (SAP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 04. 07. 09. 12. 17. 18. 19. 21

SAP = Accomplissement Personnel	SAP < à 33	34 < SAP < 39	40 < SAP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Degré de Burn Out

Attention si vos scores SEP et SD se trouvent tous les deux dans le rouge !

Surtout si votre degré d'accomplissement est également dans le rouge !!!

SEP	L'épuisement professionnel (Burn Out) est typiquement lié au rapport avec un travail vécu comme difficile, fatigant, stressant... Pour Maslach, il est différent d'une dépression car il disparaîtrait pendant les vacances.
SD	La personnalisation, ou perte d'empathie, se caractérise par une baisse de considération positive à l'égard des autres (clients, collègues...), c'est une attitude où la distance émotionnelle est importante, observables par des discours cyniques, dépréciatifs, voire même par de l'indifférence.
SAP	L'accomplissement personnel est un sentiment « soupape de sécurité » qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation. Il assure un épanouissement au travail, un regard positif sur les réalisations professionnelles.

En ce qui concerne les professions médicales et paramédicales, il est question d'une prévalence entre 45 et 54 %. Autrement dit, à peu près le double du niveau global.

III. LES CAUSES DU BURN-OUT ET LA DÉPRESSION

On l'a vu, il existe deux manières opposées de voir le burn-out. Le burn-out est-il dû uniquement à des facteurs environnementaux, peut-il survenir chez quelqu'un de tout à fait sain, auquel cas ce serait une maladie causée par le stress professionnel et donc, à proprement parler une maladie professionnelle ? Ou est-il avant tout dû à des facteurs individuels ?

Les facteurs environnementaux seraient les suivants : le déséquilibre entre les demandes et les récompenses ; l'absence de soutien social – le burn-out surviendrait chez ceux qui sont isolés socialement ; le type de management ; l'absence d'équilibre entre vie privée et vie professionnelle ; la charge de travail, cognitive autant qu'émotionnelle ; enfin, des objectifs difficiles à atteindre avec une pression extrêmement forte en matière de résultats.

Nous avons mené, à l'occasion d'un Congrès, une étude sur 860 psychiatres francophones qui nous a permis d'établir, dans le cas de cette profession, les facteurs de risque suivant : le fait d'exercer dans le secteur public plutôt qu'en libéral ; la charge de travail ; le fait d'être une femme, le type de pathologies prises en charge (le fait d'être confrontés à des maladies très lourdes comme la schizophrénie augmente le risque de burn-out) ; enfin, le fait de prendre des gardes, au-delà de quatre nuits par mois.

Tous ces éléments environnementaux ont été mis en avant pour expliquer le syndrome d'épuisement professionnel. La question, cependant, est de savoir si tout le monde est susceptible de faire un burn-out et, si ce n'est pas le cas, qui y est exposé. Y a-t-il des facteurs de vulnérabilité ?

On pourrait croire qu'on a affaire, avec le burn-out, à des gens tout à fait normaux, exposés du fait de leur travail à des facteurs de stress engendrant ce syndrome. On aurait donc une cause très simple, qu'il suffirait de traiter pour que les choses s'arrangent. Mais c'est en réalité bien plus complexe. Il semble en effet que le burn-out relève aussi de facteurs individuels. Par exemple, l'hyperinvestissement dans le travail. Autrement dit, être non seulement excessivement consciencieux, mais aussi mettre dans le travail des choses qui n'ont rien à y faire : croire que l'on réussira à sauver tout le monde, ou attendre du milieu professionnel qu'il rattrape les blessures du passé, les histoires personnelles, les carences affectives, les négligences, les abus, émotionnels, physiques ou sexuels.

Des traits de personnalité paraissent aussi pouvoir expliquer l'apparition d'un burn-out. Il semble ainsi qu'il y ait un lien fort entre dépression et burn-out, en matière de symptômes comme d'antécédents : ceux qui font un burn-out ont souvent déjà fait une dépression. Dans ces cas-là, le facteur de stress vient en réalité révéler des éléments déjà présents, ce qui complique la catégorisation du burn-out comme maladie professionnelle. En effet, la dépression n'est pas reconnue comme telle, étant donné que l'imputation causale est toujours délicate dans ces cas-là. Il y a ainsi tout un ensemble de spécialistes qui considèrent qu'en réalité, le burn-out n'existe pas. Il ne s'agirait que d'une dépression facilitée par un facteur de stress. D'autres, en revanche, soutiennent que le burn-out est une réalité autonome, qui peut se compliquer d'une dépression. Un argument en faveur des seconds est que, contrairement à la dépression, les personnes en situation de burn-out vont mieux une fois qu'on les extrait de

la situation professionnelle qui était la leur. Sauf que, parfois, le niveau de gravité est tel que ce n'est pas le cas.

Dans le camp de ceux qui pensent que le burn-out n'est pas une réalité autonome, Renzo Bianchi, a récemment montré (voir tableau 2) que des conséquences comme l'arrêt de travail ne sont pas plus corrélées aux symptômes de burn-out qu'aux symptômes de dépression. En outre, le burn-out est aussi lié que la dépression à certains traits de personnalité, plutôt qu'à des facteurs professionnels. Les facteurs individuels auraient ainsi le même poids pour expliquer la symptomatologie du burn-out que les facteurs contextuels.

TABLEAU 2 :
Burn-out et dépression²

	M	SD	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Burnout symptoms (0-3)	0.82	0.72	.82	.63	-.33	.48	-.44	.55	-.41	.45
2. Depressive symptoms (0-3)	0.76	0.56	-	.69	-.33	.44	-.45	.54	-.37	.44
3. Neuroticism (0-4)	1.68	0.80		-	-.41	.32	-.46	.46	-.42	.36
4. Extraversion (0-4)	2.58	0.56			-	.05	.20	-.10	.26	-.18
5. Job-related effort(1-4)	2.93	0.65				-	-.29	.68	-.19	.29
6. Job-related reward (1-4)	2.57	0.62					-	-.82	.54	-.48
7. ERI ^b	1.25	0.56						-	-.45	.49
8. Social support at work (1-4)	2.98	0.53							-	-.31
9. Turnover intention (1-5)	1.87	0.94								-

^a Any correlation the absolute value of which is greater than .10 is significant at $p < .05$ Any correlation the absolute value of which than .19 is significant at $p < .001$.

^b ERI: Effort-reward imbalance in the job. ERI reflects the division of job-related effort mean scores (dividends) by job-related reward mean scores (divisors).

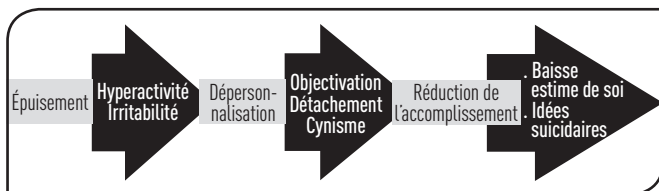
2. Bianchi et al, *Clin Psychol Rev*, 2015, 36, 28-41 - *Psychol Health*, 2018, 23, 1094-1105.

Le burn-out n'est-il en fin de compte qu'une dépression ? Il y a là un débat un peu houleux entre spécialistes. Une chose, cependant, est certaine : les deux sont extrêmement corrélés.

IV. LES EFFETS DU BURN-OUT

La figure 1 illustre les différentes conséquences que les trois dimensions du burn-out peuvent avoir.

FIGURE 1 :



Je souhaiterais, dans cette dernière partie, ajouter à ces conséquences les résultats d'une étude de Bastien Blain sur les effets de la fatigue sur la prise de décision³. Son étude a consisté à prendre trois groupes de sujets sains et à les faire chacun travailler toute la journée sur trois types de tâches différentes, tout en relevant leur activité cérébrale par IRMf. Celle du premier groupe était plaisante. Lire, par exemple. Le deuxième groupe avait une tâche simple à exécuter. Le troisième, en revanche, avait des tâches très fatigantes à mener : par exemple, se

3. Blain, Bastien & Hollard, Guillaume & Pessiglione, Mathias (2016), « Neural mechanisms underlying the impact of day-long cognitive work on economic decisions », *Proceedings of the National Academy of Sciences*.

voir présenter successivement des lettres et dire à chaque fois si la lettre est identique à celle présentée trois coups auparavant, ce qui demande une constante mise à jour de l'information et met à rude épreuve la mémoire de travail ; ou encore, en fonction de la couleur de la lettre, répondre à la question de savoir si elle est en minuscule ou en majuscule, ou si c'est une consonne ou une voyelle. Pendant l'exécution de ces tâches, plaisantes, simples ou complexes, on demande aussi par intervalles aux sujets de résoudre un arbitrage intertemporel classique du type avoir 87 euros maintenant ou 100 euros dans deux semaines. Or ce qu'on constate, c'est que les sujets qui ne sont pas fatigués, du point de vue exécutif, ne subissent pas de modification concernant les arbitrages intertemporels, tandis que plus vous avez fait une tâche fatigante, plus vos prises de décision évoluent au cours du temps en faveur du court-terme. Les mécanismes derrière cette observation sont à étudier, mais celle-ci est intéressante, et renvoie à ce que l'on a aussi constaté concernant, par exemple, la variabilité des décisions des magistrats au long de la journée. En ce qui concerne la signature cérébrale des sujets de son expérience, Blain a par ailleurs constaté que les patients qui effectuaient des tâches difficiles dans la journée ne mobilisaient progressivement plus le gyrus frontal moyen et le cortex dorsolatéral, qui interviennent dans le contrôle cognitif.



Le stress professionnel chronique auquel nous faisons référence quand nous parlons de burn-out est une réalité. Il s'agit cependant d'un phénomène complexe, qui fait débat, et qui associe facteurs biologiques, psychologiques

individuels et environnementaux. Cette combinaison de facteurs explique notamment que le burn-out n'ait pas été reconnu comme maladie professionnelle.

Quoi qu'il en soit, la thématique du burn-out a néanmoins un avantage : elle permet d'alerter les gens sur les risques psychosociaux au travail. L'AP-HP, devant des cas de suicide de médecins, a ainsi mis en place un plan des risques psychosociaux du personnel médical afin d'éviter ces situations de stress professionnel dépassé et de burn-out. La thématique du burn-out permet de lancer des actions au niveau non seulement médical, mais aussi sociétal et managérial. L'un des principaux objectifs est de dépister le problème avant qu'il ne dégénère en situation pathologique. À ce titre, l'insomnie constitue l'un des principaux symptômes permettant d'alerter les responsables.

Burn-out et insomnie⁴

I. UN MODE DE VIE QUI NE CORRESPOND PLUS AUX RYTHMES NATURELS

Un trouble récurrent et intimement lié au syndrome d'épuisement professionnel est l'insomnie. Or les troubles du sommeil sont aussi sociétaux : pour comprendre ce que recouvre l'idée d'insomnie, un détour par l'histoire de la place qu'occupe le sommeil dans nos civilisations est nécessaire.

Que dit-on du sommeil dans les mythes et les textes fondateurs de notre culture ?

On parle souvent des bras de Morphée, censés s'ouvrir pour recevoir le dormeur. Morphée, le dieu des songes, endort les humains et leur donne accès aux rêves. Il est fils d'Hypnos, dieu du sommeil, lui-même frère jumeau de Thanatos, la mort. Tous deux sont issus de Nyx, la nuit, et d'Erèbe, le Chaos. Pour les Grecs, il y avait ainsi un rapport de proximité immédiate entre le sommeil et

4. Docteur François Marchand, Responsable du Centre d'investigation et de traitements des insomnies, à l'hôpital de jour du Service de psychiatrie adulte à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière.

la mort. Ce sentiment a imprégné notre culture jusqu'à l'époque moderne. Mourir, c'est dormir de son dernier sommeil ; la mort est souvent désignée comme le sommeil éternel. L'une des craintes de certains insomniaques est de ne jamais se réveiller, raison pour laquelle ils ne s'endorment pas.

Dans la tradition biblique, le sommeil est assimilé au repos et au songe et le rêve associé à la connaissance divine. Le sommeil régénère l'homme pendant les ténèbres. En créant la lumière et les ténèbres, Dieu a soumis l'homme à l'alternance du jour et de la nuit, de la veille et du sommeil.

La Bible distingue le sommeil paisible qui apporte un repos bien mérité après le labeur, du sommeil troublé du riche. Celui qui n'a rien jouit du bien-être du sommeil, alors que l'éveil inquiet est le revers de l'opulence.

Notre représentation du sommeil n'est pas incompatible avec ces traditions gréco-latines et judéo-chrétiennes. Mais alors que, pour les Anciens, le sommeil troublé était systématiquement lié à une conscience également troublée, à des scrupules ou à une faute, c'est en réalité au XIX^e siècle que l'on a commencé à parler plus souvent de nuits sans sommeil.

L'ère industrielle a indubitablement imposé sa rançon. L'activité, autrefois essentiellement liée à la terre, obéissait au rythme solaire. Peu à peu, les rythmes de la vie sociale se sont dissociés des rythmes naturels. Depuis la révolution industrielle, le travail exige des horaires astreignants. Apparaît l'obsession des montres et des

réveils, la nécessité d'être à l'heure, la crainte des retards, l'exigence des rendus « en temps et en heure ». Autant de situations dénoncées au cinéma dans *Métropolis*, en 1927, et une dizaine d'années plus tard par Charlie Chaplin dans *Les temps modernes* (1936).

C'est alors qu'apparaît le terme d'« insomnie », qui n'existait pas avant les années 1920. Sous l'impulsion du docteur Destouches, autrement dit Louis-Ferdinand Céline, le monde médical répond par la prise de somnifère. La France, en particulier, s'enlise dans la consommation d'hypnotiques. Les pouvoirs publics ont beau essayer depuis quarante ans de colmater cette hémorragie, en modifiant les règles de prescription, en interdisant certains médicaments, rien n'y fait : la France est le premier consommateur d'hypnotiques au monde par habitant. Les effets de cette consommation sont dramatiques : baisse de la vigilance, des capacités cognitives, de l'attention au travail, dépendance. Toutes sortes de thérapies se développent pour répondre au problème : thérapies comportementales et cognitives, relaxation, biofeedback. Toutes ne sont pas mauvaises, mais aucune ne suffit à résoudre le problème.

Aux exigences horaires liées aux activités professionnelles (horaires décalés et travail de nuit) s'ajoutent d'autres facteurs perturbateurs des rythmes de vie : salles de spectacles, de sport, magasins ouverts tard dans la soirée, programmes de télévision qui perdurent toute la nuit, ordinateurs.

La veille ne coïncide plus avec le jour.

La nuit « s'éveille », elle se veut vigile. En témoignent les

engouements nocturnes, boîtes de nuit, « nuits blanches », « nuits de la musique ».

Nous dormons ainsi une heure et quinze minutes de moins qu'il y a un siècle. Ce phénomène n'est pas sans conséquence. Des incompatibilités apparaissent entre le biologique et les conditions de vie au travail. Indubitablement, l'insomnie est liée aux contraintes de la vie moderne.

II. COMMENT FONCTIONNE LE SOMMEIL

Le sommeil procède par cycles d'environ 90 minutes à partir de l'âge adulte. Chaque cycle se décompose successivement en sommeil léger, où l'on est endormi, mais où le cerveau ne se repose pas très bien ; sommeil profond, où le cerveau se repose vraiment ; sommeil paradoxal, qu'on appelle maintenant le REM (pour *rapid eye movement sleep*), avec atonie musculaire, mais activité cérébrale semblable à la veille, avec notamment les rêves. Les cycles se succèdent, mais ne sont pas semblables. En fin de nuit, par exemple, le dernier cycle contient moins de sommeil profond et plus de sommeil paradoxal, de sommeil de rêve : le rêve est l'apanage des fins de nuit et, souvent, nous nous réveillons dans des phases de rêve. S'il reste du sommeil profond en fin de nuit, c'est que le sommeil n'a pas été suffisamment réparateur pour le cerveau.

La durée du sommeil n'est donc pas la bonne variable. La bonne variable, c'est ce dont on a besoin en matière de cycles. Certains dorment quatre cycles, donc six

heures, d'autres ont besoin de sept cycles. L'idéal serait de connaître ses besoins en sommeil et d'adapter sa vie à ses besoins, mais évidemment il est rare de pouvoir se le permettre.

III. L'INSOMNIE

Le DSM-V propose une classification des troubles du sommeil, désormais partie intégrante des troubles psychiatriques. Mais celle-ci est à mon sens trop précise. Selon moi il existe trois types d'insomnie : l'insomnie d'endormissement, l'insomnie du petit matin et l'insomnie du milieu de la nuit, dite psycho-physiologique. La première concerne les personnes anxieuses qui ont du mal à s'endormir parce qu'elles ne peuvent pas s'arrêter de penser et de ruminer, la seconde est plutôt l'apanage des sujets déprimés qui se réveillent tôt sans envie de se lever mais qui ne dorment pas pour autant, et la dernière est, elle, intrinsèque, non liée à des troubles psychiatriques et c'est celle qui nous intéresse tout particulièrement car cette insomnie pure est un des premiers troubles lorsqu'on se trouve confronté à une situation pouvant mener au burn-out.

IV. L'IMPORTANCE DU DÉPISTAGE

Il est donc particulièrement intéressant de dépister et de traiter ce troisième type d'insomnie, qui fait partie des symptômes du burn-out. C'est beaucoup plus simple que de devoir se retrouver à traiter une personne en dépression qui a fait plusieurs tentatives de suicide.

Face aux exigences de la vie sociale, aux impératifs d'emploi du temps, l'organisme met en place des comportements de défense et s'adapte. Armé de sa montre au poignet et sa volonté de bien faire, chacun y répond et un résultat satisfaisant peut en découler. Mais c'est sans compter les aléas du milieu professionnel. Souci organisationnel, fiche de poste absente, trop chargée, inadaptée ou changeante, ultimatums, harcèlement à tous les niveaux : maints dysfonctionnements viennent perturber les possibilités d'adaptation du professionnel. Sournoisement s'organise alors un déséquilibre entre ces exigences socioprofessionnelles et l'individu. Le stress s'introduit, un mécanisme de défense s'installe. Le sommeil y répond et en pâtit directement ou indirectement. Mais les plaintes ne sont pas immédiates ; la fatigue s'installe, progressivement, jusqu'à l'épuisement devenu alors dicible, mais déjà souvent délétère.

Il est donc important d'essayer de dépister dès le départ ces insomnies. Tous les acteurs de santé : psychologues, médecins du travail, médecins traitants, ainsi que les délégués du personnel, doivent y œuvrer. Cette tâche est d'autant plus importante que l'insomnie risque de perdurer même si la cause primaire du burn-out est ôtée. L'insomnie devient séquellaire et devra continuer à être prise en charge. Le syndrome d'épuisement professionnel engendre d'ailleurs des dépenses de santé considérables : traitements, hospitalisation, arrêts de travail, qui devraient peut-être en partie être pris en charge par l'entreprise. Mais avant d'en arriver là, le dépistage est essentiel, et l'outil majeur à cet effet est la communication : diffusion massive d'information, sensibilisation des professionnels de santé et de tous les acteurs, à chaque niveau de l'entreprise.

~

Nos rythmes biologiques sont incompatibles avec la dictature des montres. Peu à peu, les rythmes de la vie socioprofessionnelle se dissocient des rythmes naturels. La nuit, surtout, est grignotée. La veillée de nos arrière-grands-parents a été remplacée par la télévision, les tablettes et les ordinateurs. Les programmes accessibles à toute heure décalent sournoisement l'heure du coucher. La veille ne coïncide plus avec le jour. Par le biais du syndrome d'épuisement professionnel, la population présentant des troubles du sommeil augmente encore. Serait-ce le nouveau mal du siècle ? Je soumets à votre réflexion les quatre citations suivantes :

« Jamais je ne m'assujettis aux heures : les heures sont faites pour l'homme et non l'homme pour les heures »

Rabelais, *Gargantua*, chap. XXXVI.

« Une insomnie m'attend, de la largeur des astres,
Et un bâillement vain de la taille du monde.
Je ne dors pas ; je ne peux pas lire quand je me réveille la nuit,
Je ne peux pas écrire quand je me réveille la nuit,
Je ne peux pas penser quand je me réveille la nuit.
Mon Dieu, je ne peux même pas rêver quand je me réveille la nuit ! »

Fernando Pessoa, *Insomnie*.

« Il faut toujours connaître les limites du possible.
Pas pour s'arrêter, mais pour tenter l'impossible dans les meilleures conditions. »

Romain Gary, *Charge d'âme*.

« On ne peut bien décrire la vie des hommes si on ne la fait baigner dans le sommeil où elle plonge et qui, nuit après nuit, la contourne comme une presqu'île est cernée par la mer. »

Marcel Proust, *Le Côté de Guermantes*.

Débat

Véronique Fouque⁵ : *Je voulais vous demander une précision concernant les tests que vous avez évoqués à propos de la baisse du contrôle cognitif consécutive à une fatigue exécutive. Faut-il comprendre que cette baisse va toucher uniquement la personne concernée, qui aura tendance, éventuellement, à développer des comportements moins sains, avec des formes d'addictions ? Ou bien faut-il comprendre, ce qui serait à mon sens plus grave, que cette baisse peut affecter ses décisions dans le cadre de ses fonctions professionnelles, par exemple dans le cas d'un juge, d'un médecin, voire de policiers, et donc, in fine, le bien-être d'autres personnes ?*

Pr. Philippe Fossati : La baisse affecte les deux dimensions que vous évoquez. Manifestement, si on sollicite trop ses ressources cognitives, à un moment donné les processus de prise de décision en sont affectés. Dans cette étude, on l'a montré sur un exemple particulier, mais on peut l'appliquer à toute une série d'autres domaines. Donc, oui, cela peut retentir sur le fonctionnement de l'entreprise, le fonctionnement du groupe, etc.

5. Secrétaire générale de France Stratégie.

Laurence Eudes ⁶ : *Je vais faire un parallèle peut-être un peu osé. On a mis des années à trouver des échelles pour décrire l'insécurité alimentaire et on est en train de découvrir qu'à l'autre bout de la famine, il y a des problèmes d'obésité, par exemple. Je voulais vous poser la question par rapport au burn-out. Est-ce que la question du « bore-out », c'est-à-dire de l'ennui au travail et de la croissance du temps libre, est une question que vous commencez à aborder ? Est-ce que c'est une pathologie qu'on doit classer sous le burn-out, ou bien est-ce complètement différent ?*

Pr. Philippe Fossati : Vous posez une question complexe, mais je pense qu'on peut effectivement rapprocher ces différents troubles. Avant de répondre à votre question, permettez-moi néanmoins de faire une petite incise. Encore une fois, le burn-out n'est pas reconnu comme une pathologie, y compris par les classifications internationales des maladies. Vous savez que, quand des malades recourent au système de soin, il faut établir des diagnostics et faire des codages parce que ces interventions engendrent des facturations pour la Sécurité sociale. En France, pour établir ces facturations, on utilise la Classification Internationale des Maladies (CIM), qui est issue de l'OMS. Aux États-Unis, en psychiatrie, on utilise un manuel, le DSM (Diagnostic statistique des maladies mentales), pour coter les troubles mentaux. La CIM classe toutes les maladies et l'un de ses chapitres, le chapitre F5, répertorie les pathologies psychiatriques

6. Chief Data Officer du groupe Covéa.

et les troubles mentaux. Or, dans sa version actuelle, la CIM-10, le burn-out n'apparaît pas ⁷ : il n'est reconnu ni comme maladie professionnelle (on l'a déjà évoqué), ni comme une maladie mentale à proprement parler. Il en est de même dans la dernière version du DSM, le DSM-V, et ce alors même qu'aux États-Unis, ces codifications conditionnent le remboursement des médicaments (ce qui n'est pas le cas chez nous). Dans le DSM-V, qui date de 2013, ni le burn-out, ni le bore-out ne sont répertoriés. Par contre – et pour revenir plus précisément à votre question – ces classifications reconnaissent des pathologies et des réactions affectives liées au stress. Or, dans le stress, il est vrai qu'on peut prendre en compte le *contexte* – par exemple, la charge d'activité – mais on peut aussi tenir compte du *contenu* de l'activité : des activités répétitives, des activités ennuyeuses ou une faible activité pourraient rentrer là-dedans. Vous vous souvenez que, dans le cas du burn-out, nous avons évoqué de même des facteurs *motivacionnels* (un hyperinvestissement) et des facteurs contextuels, de demande excessive. Cela pouvait laisser penser que le burn-out ne survient que chez des gens très motivés, quand il y a une demande excessive. Mais on peut faire l'hypothèse que ce n'est pas le seul cas qui peut précipiter ce type de syndrome et que le contenu de l'activité peut rentrer

7. Depuis la conférence, l'OMS a adopté une nouvelle et onzième version de sa classification, au sein de laquelle le statut du burn-out a fait l'objet d'importantes discussions. L'OMS elle-même avait annoncé que le burn-out était désormais inclus dans la CIM, laissant ainsi croire qu'il était reconnu comme une maladie. La situation est légèrement différente : le burn-out apparaît effectivement, mais comme un phénomène associé au travail – et non comme une maladie – résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été correctement géré.

en ligne de compte. Autrement dit, je ne suis pas sûr qu'il y ait une légitimité (mais je ne suis pas psychologue du travail) à différencier entre le burn-out, le bore-out ou encore le « brown-out »⁸. Je ne suis d'ailleurs pas convaincu que, stratégiquement, pour les gens concernés, il y ait un intérêt à établir ces distinctions, car cela démultiplie inutilement les troubles et ne facilite pas leur reconnaissance. Les gens risquent en effet de se dire : « on ne va pas reconnaître l'un parce qu'il faudra alors reconnaître les trois, et on ne veut pas reconnaître les trois ». Quoi qu'il en soit, je pense donc qu'on peut les mettre en continuité : dans le cas du bore-out ou du brown-out, le facteur précipitant ne sera pas lié à une demande excessive, mais à une perte de sens du travail, voire à un sentiment d'attaque plus personnelle au sens où les gens ont le sentiment d'être mis à l'écart, d'être isolés.

Philippe Fourny⁹ : *J'avais une question concernant la prévalence. Je voulais savoir s'il y avait eu des études sur une possible corrélation entre le burn-out et le taux de productivité des pays, à partir des chiffres fournis par l'OCDE ? Le taux de productivité étant, je le rappelle, la production de richesses par heure de travail. Je vous demande cela parce qu'on s'est aperçu qu'à la suite de l'instauration des 35 heures, le taux de productivité français, qui est le premier au monde (je parle du secteur privé), n'a pas chuté. Donc, on peut imaginer qu'il y a eu une pression (en dehors de la régulation par les heures*

8. Terme utilisé pour décrire une situation où le travail perd son sens pour la personne chargée de l'accomplir.

9. Directeur général d'ISPC Synergie.

supplémentaires) sur les collaborateurs pour produire la même richesse, voire l'augmenter.

Pr. Philippe Fossati : C'est une question tout à fait intéressante. Nous constatons bien le phénomène que vous décrivez dans le milieu hospitalier, où les 35 heures ont entraîné pas mal de modifications en matière d'organisation et de contraintes, avec un sentiment de perte de sens. En revanche, je n'ai pas regardé – et j'en suis désolé – s'il existe effectivement des études qui ont examiné cette association du burn-out et de l'augmentation de la productivité. Ce qui est certain, c'est qu'on commence à voir les conséquences des 35 heures au point de vue générationnel. Nous le voyons très bien avec nos internes : les jeunes médecins n'ont plus du tout la même manière d'imaginer et d'investir le travail que nous avons... C'est très simple : moi, quand j'envoie des mails à mes collaborateurs le week-end, je leur indique maintenant : « dans le respect de la vie privée, il n'y a pas besoin de répondre à ce mail », pour qu'on ne me taxe pas de harceleur ! Parce que les jeunes ne répondent plus aux mails, alors que les vieux collègues, qui y sont habitués, répondent. Donc, je pense qu'il y a probablement eu un impact, mais je ne connais pas précisément les chiffres. Par contre, c'est bien de rappeler que les Français sont très productifs !

Sarah Bauer ¹⁰ : *L'année dernière, j'ai fait mon mémoire sur le burn-out des médecins et cette année je poursuis*

10. Étudiante en master 2 de psychologie clinique et psychopathologie à l'Université Paris Descartes.

une étude qui est liée aux relations de travail des médecins. J'ai deux questions à vous poser. La première porte sur les facteurs qui amènent les médecins à faire des burn-out, et parfois même certains à se suicider sur leur lieu de travail. Il y a certes des facteurs psychologiques, mais il y a aussi des facteurs organisationnels. Vous l'avez dit, il y a notamment la charge de travail – cela, je l'ai retrouvé dans mes résultats : il y a un lien entre le nombre d'heures travaillées et le niveau de burn-out. Mais les médecins m'ont régulièrement affirmé qu'ils sont, en soi, habitués à gérer une charge de travail importante. Ce qui leur pose problème, en revanche, ce sont les logiques financières, à la suite de la réforme des hôpitaux, qui passent avant ce pour quoi ils ont fait leurs études, c'est-à-dire le soin des patients, et un soin qui soit adapté et non pas forcément lié à un objectif d'optimum. Donc est-ce que, malheureusement, par rapport à ce qui se passe dans les hôpitaux, il ne va pas y avoir un problème pour les médecins pour se protéger du burn-out, étant donné qu'il y a des logiques qui vont contre les valeurs sur lesquelles ils se sont engagés dans leurs études ? Dans votre étude, vous avez noté que c'était le secteur public qui était le moins protégé par rapport au burn-out : ne serait-ce pas précisément lié à cette perte de sens ? Deuxième question : la difficulté de définir le burn-out ne tient-elle pas au moment auquel on rencontre le patient ? C'est-à-dire, selon qu'on se situe au tout début du burn-out ou à la fin, sachant que, comme beaucoup de troubles, quand on arrive à la fin et qu'on n'a pas soigné la personne en amont, elle peut vivre déjà une dépression ?

Pr. Philippe Fossati : Merci pour ces deux questions. Pour la deuxième, c'est toute la difficulté que pose le rapport entre un processus et un état, et à partir de quel moment il faut le mesurer. Vous avez tout à fait raison ! Quant à votre première question, nous n'avions pas inclus dans notre questionnaire la question des contraintes administratives qui expliqueraient, par exemple, une plus grande prévalence. Ce n'est qu'une enquête à un instant t , avec un certain nombre de biais, y compris un biais en termes de représentativité, même si on couvre tout de même un effectif significatif de 860 psychiatres. En France, il y a à peu près 12 000 à 13 000 psychiatres. Donc, nous ne couvrons pas tous les psychiatres et ceux qui ont répondu avaient peut-être déjà une motivation particulière pour répondre ou un questionnement spécifique par rapport à ce sujet : il peut donc y avoir un biais. De même, nous n'avions pas interrogé précisément les aspects organisationnels. Dans ces aspects organisationnels, ce que vous soulignez est tout à fait important : c'est d'ailleurs pris en considération par le Ministère actuellement, puisque les lois santé essaient de réorganiser le mode de financement à l'hôpital en trouvant une alternative à ce qu'on appelle la T2A (la tarification à l'activité), laquelle est, en outre, une logique qui pousse à faire des actes qui rapportent. On demande au personnel hospitalier de faire des actes qui rapportent, en sachant que le prix de ces actes va diminuer. Ce qui fait qu'on est obligé d'augmenter le nombre d'actes pour pouvoir avoir la même recette ensuite ! Notons que, pour la première fois cette année, il a été décidé de ne pas modifier le prix des activités...

Pour dire les choses plus clairement, avec la T2A, la logique est la suivante. Prenons le cas d'une opération d'appendicite. Théoriquement, elle coûte telle somme. D'abord, vous courez le risque d'encourager le personnel à surcoter les actes : par exemple, « j'ai fait une opération d'appendicite qui était en plus diabétique », ce qui fait que l'hôpital va demander plus d'argent à la Sécurité sociale. Mais surtout, à un moment donné, la Sécurité sociale décide de baisser le tarif de l'acte : c'est ça ce qui est terrible, le payeur est aussi celui qui fixe le prix... Vous aviez donc, par exemple, une recette de cent euros parce que vous faisiez dix appendicites à dix euros ; maintenant les appendicites valent huit euros, mais il faut encore que vous fassiez cent euros. Donc, les gens doivent faire douze ou treize actes pour atteindre leurs cent euros. Mais cette année, pour la première fois, on a décidé de ne plus modifier les tarifs afin de ne plus augmenter l'activité.

En tous les cas, vous avez assurément raison, ce type de raisonnement aboutit à une véritable perte de sens, d'autant plus que – et cela, on ne peut pas l'oublier ! – les gens qui décident de travailler dans le service public le font parce qu'ils y associent une valeur qui est l'accueil des pauvres, des indigents, etc. De ce point de vue, François et moi sommes déjà dans une situation de privilégiés parce que nous travaillons à la Salpêtrière qui est peut-être le plus gros hôpital d'Europe. Or, comme le dit le proverbe chinois : « Quand le gros commence à maigrir, c'est que le maigre est déjà mort ». Jusqu'à peu, nous n'avions pas ressenti les effets des contraintes que les collègues de province subissent depuis des

années, mais cette année, c'est différent : l'AP-HP a 200 millions d'euros de déficit, on a partagé ce déficit et on doit faire ainsi 20 millions d'euros d'économie sur les activités. Cela se traduit par le fait qu'on doit maintenir les activités, mais qu'on nous enlève des vacations, qu'on ne nous renouvelle pas tel personnel tout en exigeant de nous qu'on maintienne le même niveau d'activité. Il est donc absolument certain que cela contribue à stresser les personnels. Mais, malheureusement, nous n'avons pas étudié ces éléments-là...

Bernard Piettre¹¹ : *Il y a quelque chose qui apparaît globalement dans votre exposé, c'est la question de déterminer quelle est la part des facteurs individuels et celle des facteurs sociaux. Est-ce que les dernières études sociologiques ne montrent pas qu'il y a une augmentation des burn-out ? Ne serait-ce pas là, quand même, un indice que les facteurs environnementaux, les facteurs sociaux, jouent un rôle important ? Je voudrais que vous répondiez à cette question et je voudrais faire quelques remarques. Je viens du milieu enseignant : vous avez parlé du milieu médical, mais évidemment on assiste au même phénomène. Et je pense aussi au milieu de la police, où il y a beaucoup de suicides, ou à la Poste, et je pourrais démultiplier les exemples. Il y a quelque chose qui caractérise tant le milieu hospitalier, le milieu enseignant, que le milieu des policiers, c'est une inadaptation entre les contraintes étatiques et le sens qu'on donne à son métier. Et le phénomène s'aggrave !*

11. Professeur émérite de philosophie.

Donc, le problème est politique au sens large du terme. Par exemple, pour le milieu enseignant, il y a un décalage très net entre le sens du métier et une politique de plus en plus technocratique. Malheureusement, c'est ce qui se passe avec le ministre de l'Éducation nationale actuel, alors que le précédent était déjà très impopulaire. Donc que ce soit la gauche, la droite ou ni gauche ni droite, c'est toujours pareil... et c'est même de pire en pire !

Pr. Philippe Fossati : Je souscris tout à fait à votre propos et j'espère que je ne me suis pas mal fait comprendre en ce qui concerne la généralisation de ces phénomènes. J'ai pris beaucoup d'exemples médicaux, mais il y en aurait d'autres concernant les milieux que vous avez évoqués. Qu'est-ce qui est ouvert à trois heures du matin ? Les urgences, la police et les pompiers : donc il y a probablement des similitudes. Ce sont des professions qui sont également très exposées. Mais le point que je voulais souligner dans ma présentation tenait plus de la rigueur scientifique que d'une option politique. Je ne dis pas que les facteurs individuels sont plus importants que les facteurs sociaux, environnementaux ou d'organisation. Je dis qu'il faut faire attention à ne pas simplifier la situation, car elle est souvent complexe. Il y a aussi – cela n'était pas précisé dans mon propos, mais je le dis là, et c'est le psychiatre qui parle ! – une forme de déresponsabilisation des gens... Par exemple, maintenant, vous vivez avec quelqu'un pendant trente ans puis vous divorcez et, comme par hasard, d'un seul coup, au moment où vous partez, vous déclarez que la personne avec qui vous viviez était un pervers

narcissique ! Mais si c'était le cas, vous auriez pu vous en apercevoir avant, quand même ! C'est une forme de déresponsabilisation vis-à-vis des motivations personnelles des gens. C'est un peu le même problème dans le cas du burn-out. Il y a des gens qui investissent dans le travail des attentes démesurées : le boulot n'est pas là pour régler les problèmes de la vie. Le milieu professionnel n'est pas un milieu des bisounours : on n'est pas là pour régler les problèmes des gens quand ils viennent au travail ! Je dis cela, car il y a quelquefois un malentendu fondamental en ce qui concerne les attentes que les personnes ont vis-à-vis du travail. Mais cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas des situations où des gens qui n'ont aucun antécédent vont être confrontés à des demandes complètement paradoxales, des doubles liens, des demandes et des managements contradictoires, ou, éventuellement, à un chef harceleur, ce qui fait qu'ils vont réellement décompenser ! C'est comme pour n'importe qui exposé à un stress excessif : il finit par décompenser. « Tant va la cruche à l'eau qu'à la fin elle se casse », comme dit le proverbe.

Jacques Feytis¹² : *Dans la première partie de ma carrière, je participais à des opérations militaires. Quand vous participez à une opération, vous partez pour de longs mois, vous êtes à des milliers de kilomètres de chez vous, et il n'y a plus de séparation entre vie professionnelle et vie personnelle, parce que vous n'avez plus de vie personnelle : vous êtes 24 heures sur 24, pendant des*

12. Directeur des ressources humaines du groupe Covéa, ancien directeur des ressources humaines du Ministère de la Défense.

mois, attachés à votre travail. Et pour autant, on ne note jamais de situations de burn-out. On rencontre en revanche d'autres phénomènes, comme des états de stress post-traumatique liés à la violence que l'on rencontre. On n'a jamais les moyens matériels nécessaires pour exercer son métier, car il manque toujours quelque chose : on se trouve dans une grande précarité et on est confronté à des situations extrêmement stressantes. Néanmoins, ce n'est pas le burn-out qui se manifeste. Alors, je m'interroge : est-ce que finalement ce n'est pas l'alternance vie professionnelle/vie personnelle qui induit le burn-out ? Les policiers disent d'ailleurs parfois que c'est cette alternance entre traiter de la violence toute la journée et se retrouver dans son univers familial tous les soirs qui leur pose des difficultés. C'est peut-être, paradoxalement, plus difficile à vivre que d'être confronté à la violence pendant quatre à six mois, sachant qu'en tant que militaire, on passe ensuite par un sas pour décompresser et rentrer après chez soi ?

Philippe Fossati : C'est assurément là le point central ! Je discutais récemment avec le colonel responsable de l'établissement de Saint-Cyr. On parlait des états post-traumatiques (PTSD), ce qui est un autre sujet bien évidemment, même s'il est très fréquent chez les militaires qui sont exposés à des situations de violences majeures. Vous savez que le PTSD a été beaucoup décrit chez les vétérans du Vietnam, alors que les gens qui avaient fait la guerre d'Indochine, auparavant, en souffraient beaucoup moins. Ce que m'expliquait ce colonel, et c'est un point que les gens n'ont pas beaucoup pris en considération,

c'est que le retour à domicile s'était fait en bateau d'un côté, donc très long, avec un sas de décompression, comme vous le disiez, alors que les militaires américains sont souvent rentrés en avion et ont quitté brutalement le milieu militaire dans lequel ils étaient plongés pour retourner directement à leur domicile, dans un monde qui était complètement différent et avec, en plus, un accueil qui était assez hostile. Il y a là probablement un facteur – c'est comme ça que je l'interpréteraï, parce que je ne connais pas les statistiques du burn-out chez les militaires, peut-être qu'il y en a aussi – qui serait lié au sens de l'activité. Car le métier de militaire suppose quand même des motivations particulières, avec des valeurs déterminées et un investissement spécifique. C'est aussi un métier où il y a un support social très important qui peut servir de tampon. C'est ainsi que j'interpréteraï les choses, mais sous réserve de vérifier les statistiques. Sachant que ces professionnels sont exposés à d'autres problèmes, en particulier les états de stress liés aux violences auxquelles ils sont exposés, les faits terribles qu'ils voient pendant les actions de guerre, etc.

Jacques Feytis : *Vous avez un peu évoqué le suicide : a-t-on bien fait le lien entre burn-out et suicide ? Est-ce que c'est une issue relativement fréquente ou assez exceptionnelle ?*

Pr. Philippe Fossati : Je dirais que quand le burn-out est compliqué de dépression (avec toutes les réserves qu'on a dites concernant le recouvrement entre les deux), le risque de suicide devient assez élevé puisqu'il y a une

mortalité par suicide, dans la dépression, de l'ordre de 10%. C'est une des complications potentielles. En général, on dit qu'il y a, en France, environ 200 000 tentatives de suicide par an et à peu près 12 000 morts par suicide. C'est-à-dire qu'en gros, depuis qu'on a commencé à parler, deux personnes sont mortes par suicide en France. Cela fait une personne qui meurt par suicide toutes les 55 minutes, c'est terrible ! En outre, on a du mal à inverser la courbe : 12 000 morts, c'était le nombre de morts qu'il y avait par accident de la route avant qu'on introduise la ceinture de sécurité sous Pompidou, alors que, maintenant, on en est à peu près à 3 000. En revanche, on a un mal fou à inverser la courbe du nombre de morts par suicide. On met en place des dispositifs de vigilance, mais c'est extrêmement compliqué.

Marie-Françoise Aufrère¹³ : *Si j'ai bien compris, il y a des cas où on a mis en évidence la relation entre le burn-out et des causes extérieures, ce qui paraît évident. Cela veut dire que le burn-out est lié aux conditions de travail, n'est-ce pas ? Alors, est-ce qu'il existe une étude internationale comparative sur le burn-out dans des pays où les conditions de travail sont très différentes ? Là, vous avez parlé de l'Europe et des États-Unis, mais les conditions de travail en Afrique et en Asie sont très différentes. Est-ce qu'il y a des études là-dessus ?*

Pr. Philippe Fossati : Vous avez tout à fait raison ! J'ai moi-même cherché, mais je n'ai pas trouvé d'études... Il y

13. Philosophe.

en a certainement en cours. Est-ce que l'organisation du travail, par exemple, au Japon, a un impact sur le burn-out ? J'ai essayé de regarder les statistiques : peut-être que je n'ai pas fait les bonnes recherches, mais, si on décrivait bien des situations de burn-out, on ne disposait pas vraiment de chiffres fiables. Parce que, encore une fois, il n'y a pas de consensus sur la définition de burn-out. C'est un des points qu'il faut retenir dans notre exposé : il n'y a pas de définition consensuelle de ce qu'est le burn-out. Cela veut dire que, si on veut établir des statistiques au niveau international, il faut que tout le monde se mette d'accord ! C'est d'ailleurs un problème général en épidémiologie psychiatrique. Par exemple, si vous parlez de la dépression aux États-Unis, ce n'est pas la même définition qu'en France ou en Chine, et vous ne pouvez pas faire de statistiques mondiales, parce que vous comparez des carottes avec des navets. C'est exactement ce qui se passe avec le burn-out. En outre, il faut savoir qu'à un moment donné, il n'y avait pas, officiellement, de dépression en Chine parce que c'était interdit politiquement. Il y a peut-être des pays où il est interdit professionnellement d'être déprimé et d'avoir un burn-out. En outre, les personnes qui travaillent sur ces sujets n'ont pas forcément les moyens de mener ces études, parce que cela coûte énormément que de monter de telles recherches. Peut-être l'OMS pourrait-elle le faire ? Mais encore faut-il qu'elle s'en empare.

Dr. François Marchand : Je rebondis sur le cas de l'Afrique par exemple : c'est un continent où il y a beaucoup moins d'insomniaques qu'ici. Mais il y a beaucoup

plus d'accidents de travail, parce qu'ils ont beaucoup de travaux pénibles, d'extraction de mines, etc. Mais sur le burn-out, je pense que la manière de vivre est sans doute différente... Le cas le plus étudié est celui de l'insomnie, et il y en a vraiment très peu. C'est un petit peu comme pour les malades mentaux : je connais assez bien le Sénégal parce que j'y suis allé plusieurs fois pour des missions et on constate que, là-bas, les malades mentaux circulent sans mal dans la communauté. Nous, nous avons vidé nos asiles dans les années 1950 avec des neuroleptiques puis des antipsychotiques, si bien que les schizophrènes ont été un peu libérés de l'internement. Mais la question ne se pose pas dans les mêmes termes en Afrique : les schizophrènes vivent dans la communauté et ils n'ont pas forcément un traitement. C'est un peu ce qu'on tente de développer chez nous aujourd'hui en développant des techniques de psychiatrie qui visent à réduire l'usage de médicaments : on constate que les gens sont moins agressifs et qu'il y a moins de risque. En Afrique, on les laisse évoluer dans la communauté, dans un village, ils vont aider un peu à tel ou tel travail et ils sont gérés ainsi. De même pour les suicides : il y a moins de suicides en Afrique, c'est quelque chose qui a été étudié. Mais je ne crois pas que le burn-out ait fait l'objet d'études.

Marie-Sylvie Garcia¹³ : *Trois petites questions. D'abord, Dr Marchand, est-ce que la cure de sommeil est toujours d'actualité concernant les dépressions ? Après, professeur Fossati, le burn-out n'est-il pas plus rapide, comme pro-*

13. Directrice d'un cabinet de conseil d'action sociale.

cessus, que la dépression ? Et, enfin, concernant les tests que vous avez faits, notamment pour le test plus difficile, vous disiez que les gens prenaient des solutions beaucoup plus rapidement, n'est-ce pas par manque de confiance ? C'est-à-dire qu'à un moment, le cerveau se posant vraiment beaucoup de questions, on finit par manquer de confiance et on choisit beaucoup plus vite également ?

Dr. François Marchand : Je vais répondre rapidement à la première question. La cure de sommeil n'existe pas pour traiter la dépression, je veux le dire clairement ! Par contre, il arrive qu'on utilise des médicaments qui font que les gens ont tendance à être plus fatigués. Je le tournerais de manière un peu imagée : quelquefois, quand les gens ne vont pas bien, on leur donne des médicaments qui les fatiguent plus puis on voit ensuite un peu comment ils renaissent en réduisant les médicaments. Si des personnes ont des idées négatives, il y a deux manières de les prendre en charge : ou bien on essaie d'améliorer directement les idées avec des médicaments et des prises en charge ; on améliore leurs pensées et ça va mieux : c'est cette voie qui est socialement la plus souhaitable. Ou bien on leur donne des médicaments qui les assomment un peu, pour qu'ils ne pensent plus vraiment à leurs idées négatives, puis on attend et on voit ensuite comment ils renaissent en réduisant les médicaments. Ce sont deux techniques différentes : la dernière ne consiste pas exactement à donner une cure de sommeil et je ne crois pas que ce soit toujours la plus mauvaise dans les dépressions résistantes. Mais je laisse le professeur Fossati confirmer ce point.

Pr. Philippe Fossati : Tout à fait ! D'ailleurs, aussi paradoxal que cela puisse paraître, les cures de sommeil ne sont pas indiquées dans la dépression. Ce serait même plutôt des cures de privation de sommeil qui seraient efficaces. On incite les gens à ne plus dormir et cela produit un effet, mais qui, hélas, reste transitoire... Le problème de la dépression est complexe : on a des dépressions qui sont caractérisées par de l'insomnie, comme dans le burn-out, mais on a souvent aussi des dépressions qui se caractérisent par une hypersomnie, où les gens hibernent, en quelque sorte, comme, par exemple, les gens qui font des dépressions saisonnières dans les pays scandinaves. Quant à votre deuxième question, vous demandiez si le processus du burn-out est plus rapide que la dépression ? Oui, le plus souvent. Mais ça peut aussi être un processus long : j'ai évoqué le fait qu'il y avait différentes étapes, mais je n'ai pas donné de durée pour chacune des étapes. Je ne sais pas au bout de combien de temps se constitue un état de burn-out, ça peut être extrêmement variable, mais c'est souvent plus rapide qu'une dépression. Quant à votre troisième question : votre hypothèse est envisageable, en effet, et d'ailleurs le chercheur en question, Mathias Pessiglione, est en train d'étudier précisément les différents mécanismes pour voir si on ne pourrait pas identifier une perte de confiance, qui ait une définition précise d'un point de vue neuroscientifique, et déterminer si cela participe du phénomène. Ce que je vous ai montré se situait à un niveau de granularité assez grossier, qui montrait simplement que, quand on fait trop travailler son cerveau pour faire une tâche assez monotone, on

s'aperçoit que cela entrave les processus de décision. Maintenant, il faut élucider ce phénomène de manière plus précise.

Julien Vossier¹⁴ : *J'ai une question qui concerne la façon dont on pose le sujet du burn-out aujourd'hui. Est-ce qu'on n'a pas intérêt à le dédramatiser ? Vous utilisiez l'expression « le mal du siècle », qui est un peu dramatique... Par le passé, par exemple, on pouvait avoir un risque d'accident du travail en travaillant dans les hauts-fourneaux. Aujourd'hui, au final, le burn-out n'est-il pas un risque lié à l'activité et à la complexité du travail ? Un risque qui recouvre des enjeux qui concernent chacun de nos collaborateurs : nous sommes confrontés, au sein des organisations, à la difficulté du retour à l'emploi et du maintien dans l'emploi de personnes qui ont traversé une période, plus ou moins longue, de burn-out et on peut observer des atteintes à l'estime de soi et à la confiance très fortes ; des atteintes à la confiance en soi (d'être capable de faire l'activité que l'on faisait avant) mais aussi à la confiance en l'entreprise. Pour le coup, en décrivant le burn-out comme le mal du siècle puis en abordant la notion de vulnérabilité, ne dramatise-t-on pas un peu trop les choses ?*

Pr. Philippe Fossati : Vous avez tout à fait raison. Encore une fois, le burn-out concerne aussi souvent des gens qui ont un investissement professionnel qui n'est pas forcément inadapté. Il y a des caricatures, des gens

14. Digital strategist du groupe Covéa.

qui ont des attentes qui ne peuvent être satisfaites, mais il y a aussi des gens qui sont réellement motivés. Quand on rentre le soir et qu'on se dit qu'on a soigné quelqu'un de bien, que les gens vous sont reconnaissants, on est content de sa journée et cela donne du baume au cœur. Donc si, à un moment donné, pour des raisons organisationnelles, ces gens-là craquent, après ils sont culpabilisés. Et il y a tout un travail de retour à la confiance et d'estime d'eux-mêmes à retrouver. Quant à la notion de « mal du siècle », c'était un peu un argument marketing pour le titre de la conférence, mais il faut effectivement dédramatiser pour mieux prévenir. C'est pour ça que la lutte contre le burn-out est intégrée dans la prévention générale des risques psychosociaux, qui vont du burn-out au harcèlement et à la qualité de vie au travail en général, sans pour autant rentrer dans la pathologie.

Frédéric Desnard : *Ancien employé dans le domaine du luxe, j'ai été déclaré très récemment par la MDPH en handicap catégorie 2 pour des raisons que vous allez comprendre. Je travaillais dans le milieu du luxe, à la fois comme concierge privé et au service des autres puisque j'étais le responsable des services généraux. Mais, après la perte d'un très gros contrat, il n'a pas été possible pour l'entreprise de déclencher officiellement un plan de départ volontaire qui soit public. Donc, je me suis retrouvé placardisé et ai subi de nombreuses difficultés. Si bien qu'un jour, j'ai fait une crise d'épilepsie sur l'autoroute et j'ai fini dans le coma : j'ai été transféré aux urgences à Bicêtre. J'ai vu un médecin*

deux semaines plus tard et ce médecin, après une heure de rendez-vous avec moi, après que je lui ai montré toutes les pièces justificatives, a refermé mon dossier et par-dessus a marqué de manière transversale « bore out ». C'était la première fois que j'entendais parler de ce terme ! D'abord, je ne savais absolument pas que je pouvais être épileptique, puisque je ne l'avais jamais été auparavant. Mais surtout, je lui ai demandé s'il n'avait pas confondu avec le burn-out et il m'a répondu que non. J'ai ensuite tenté d'avoir des informations sur cette étrange pathologie et, comme vous le disiez, professeur Fossati, je ne souhaite absolument pas que l'on fasse de différences entre burn-out, bore-out ou brown-out. Tous ces anglicismes m'énervent ! Malheureusement, ce sont des termes qui sont utilisés par les journalistes parce qu'il faut faire lire des lignes, faire témoigner des gens, et on essaie de mettre les personnes dans des cases. Le conseil des prud'hommes a finalement condamné mon employeur pour harcèlement moral. Je tiens juste à préciser que les deux parties ont fait appel, mais que le jugement actuel est avec exécution provisoire et que l'appel n'est en aucun cas suspensif.

Pr. Philippe Fossati : Je n'aurai pas de commentaire. Merci pour votre témoignage personnel ! Il est évidemment important de rappeler – même si je ne suis pas juriste – que le harcèlement moral a été reconnu au niveau juridique et défini juridiquement.

Retrouvez l'intégralité du débat en vidéo sur
www.institutdiderot.fr

Les Publications de l'Institut Diderot

Dans la même collection

- L'avenir de l'automobile - Louis Schweitzer
- Les nanotechnologies & l'avenir de l'homme - Etienne Klein
- L'avenir de la croissance - Bernard Stiegler
- L'avenir de la régénération cérébrale - Alain Prochiantz
- L'avenir de l'Europe - Franck Debié
- L'avenir de la cybersécurité - Nicolas Arpagian
- L'avenir de la population française - François Héran
- L'avenir de la cancérologie - François Goldwasser
- L'avenir de la prédiction - Henri Atlan
- L'avenir de l'aménagement des territoires - Jérôme Monod
- L'avenir de la démocratie - Dominique Schnapper
- L'avenir du capitalisme - Bernard Maris
- L'avenir de la dépendance - Florence Lustman
- L'avenir de l'alimentation - Marion Guillou
- L'avenir des humanités - Jean-François Pradeau
- L'avenir des villes - Thierry Paquot
- L'avenir du droit international - Monique Chemillier-Gendreau
- L'avenir de la famille - Boris Cyrulnik
- L'avenir du populisme - Dominique Reynié
- L'avenir de la puissance chinoise - Jean-Luc Domenach
- L'avenir de l'économie sociale - Jean-Claude Seys
- L'avenir de la vie privée dans la société numérique - Alex Türk
- L'avenir de l'hôpital public - Bernard Granger
- L'avenir de la guerre - Henri Bentegeat & Rony Brauman
- L'avenir de la politique industrielle française - Louis Gallois
- L'avenir de la politique énergétique française - Pierre Papon
- L'avenir du pétrole - Claude Mandil
- L'avenir de l'euro et de la BCE - Henri Guaino & Denis Kessler
- L'avenir de la propriété intellectuelle - Denis Olivennes
- L'avenir du travail - Dominique Méda
- L'avenir de l'anti-science - Alexandre Moatti
- L'avenir du logement - Olivier Mitterand

-
- L'avenir de la mondialisation - Jean-Pierre Chevènement
 - L'avenir de la lutte contre la pauvreté - François Chérèque
 - L'avenir du climat - Jean Jouzel
 - L'avenir de la nouvelle Russie - Alexandre Adler
 - L'avenir de la politique - Alain Juppé
 - L'avenir des Big-Data - Kenneth Cukier & Dominique Leglu
 - L'avenir de l'organisation des Entreprises - Guillaume Poitrinal
 - L'avenir de l'enseignement du fait religieux dans l'École laïque - Régis Debray
 - L'avenir des inégalités - Hervé Le Bras
 - L'avenir de la diplomatie - Pierre Grosser
 - L'avenir des relations Franco-Russes - S.E Alexandre Orlov
 - L'avenir du Parlement - François Cornut-Gentille
 - L'avenir du terrorisme - Alain Bauer
 - L'avenir du politiquement correct - André Comte-Sponville & Dominique Lecourt
 - L'avenir de la zone euro - Michel Aglietta & Jacques Sapir
 - L'avenir du conflit entre chiïte et sunnites - Anne-Clémentine Larroque
 - L'Iran et son avenir - S.E Ali Ahani
 - L'avenir de l'enseignement - François-Xavier Bellamy
 - L'avenir du travail à l'âge du numérique - Bruno Mettling
 - L'avenir de la géopolitique - Hubert Védrine
 - L'avenir des armées françaises - Vincent Desportes
 - L'avenir de la paix - Dominique de Villepin
 - L'avenir des relations franco-chinoises - S.E. Zhai Jun
 - Le défi de l'islam de France - Jean-Pierre Chevènement
 - L'avenir de l'humanitaire - Olivier Berthe - Rony Brauman - Xavier Emmanuelli
 - L'avenir de la crise du Golfe entre le Qatar et ses voisins -
Georges Malbrunot
 - L'avenir du Grand Paris - Philippe Yvin
 - Entre autonomie et Interdit : comment lutter contre l'obésité ?
Nicolas Bouzou & Alain Coulomb
 - L'avenir de la Corée du Nord - Juliette Morillot & Antoine Bondaz
 - L'avenir de la justice sociale - Laurent Berger
 - Quelles menaces numériques dans un monde hyperconnecté ?
Nicolas Arpagian
 - L'avenir de la Bioéthique - Jean Leonetti
 - Données personnelles : pour un droit de propriété ?
Pierre Bellanger et Gaspard Koenig
 - Quels défis pour l'Algérie d'aujourd'hui ? - Pierre Vermeren
 - Turquie : perspectives européennes et régionales - S.E. Ismail Hakki Musa

Les Notes de l'Institut Diderot

- L'euthanasie, à travers le cas de Vincent Humbert - Emmanuel Halais
- Le futur de la procréation - Pascal Nouvel
- La République à l'épreuve du communautarisme - Eric Keslassy

-
- Proposition pour la Chine - Pierre-Louis Ménard
 - L'habitat en utopie - Thierry Paquet
 - Une Assemblée nationale plus représentative - Eric Keslassy
 - Où va l'Égypte ? - Ismaïl Serageldin
 - Sur le service civique - Jean-Pierre Gualezzi
 - La recherche en France et en Allemagne - Michèle Vallenthini
 - Le fanatisme - Texte d'Alexandre Deleyre présenté par Dominique Lecourt
 - De l'antisémitisme en France - Eric Keslassy
 - Je suis Charlie. Un an après... - Patrick Autréaux
 - Attachement, trauma et résilience - Boris Cyrulnik
 - La droite est-elle prête pour 2017 ? - Alexis Feertchak
 - Réinventer le travail sans l'emploi - Ariel Kyrrou
 - Crise de l'École française - Jean-Hugues Barthélémy
 - À propos du revenu universel - Alexis Feertchak & Gaspard Koenig
 - Une Assemblée nationale plus représentative - *Mandature 2017-2022* - Eric Keslassy
 - L'avenir de notre modèle social français - Jacky Bontems & Aude de Castet
 - Handicap et République - Pierre Gallix
 - Réflexions sur la recherche française... - Raymond Piccoli
 - Le système de santé privé en Espagne : quels enseignements pour la France ?
Didier Bazzocchi & Arnaud Chneiweiss
 - Le maquis des aides sociales - Jean-Pierre Gualezzi
 - Réformer les retraites, c'est transformer la société
Jacky Bontems & Aude de Castet
 - Le droit du travail 3.0 - Nicolas Dulac

Les Dîners de l'Institut Diderot

- La Prospective, de demain à aujourd'hui - Nathalie Kosciusko-Morizet
- Politique de santé : répondre aux défis de demain - Claude Evin
- La réforme de la santé aux États-Unis :
quels enseignements pour l'assurance maladie française ? - Victor Rodwin
- La question du médicament - Philippe Even
- La décision en droit de santé - Didier Truchet
- Le corps ce grand oublié de la parité - Claudine Junien
- Des guerres à venir ? - Philippe Fabry
- Les traitements de la maladie de Parkinson - Alim-Louis Benabib

Les Entretiens de l'Institut Diderot

- L'avenir du progrès (actes des Entretiens 2011)
- Les 18-24 ans et l'avenir de la politique

Burn-out : le mal du siècle ?

L'épuisement au travail concernerait entre 5 et 10 % de la population. Risques psychosociaux, stress, burn-out... Si derrière ces termes, il existe une diversité de situations vécues par des travailleurs, toutes sont à analyser au regard du travail, des conditions de son exercice et des multiples relations (relation client, relations entre collègues, relations avec la hiérarchie, etc.) qui se nouent et se dénouent en milieu professionnel.

Quels sont les moyens et les actions collectives et individuelles qui peuvent être mis en œuvre pour le prévenir et agir sur ses facteurs de risque ?

Professeur Philippe FOSSATI,



Chef du département
psychiatrie adulte à
l'Hôpital de la
Pitié-Salpêtrière,
co-responsable de l'équipe

« Contrôle - intéroception - attention »
CNRS UMR 1227 Inserm U 7225.

Docteur François MARCHAND,



Responsable du
Centre d'investigation
et de traitements des
insomnies, à l'hôpital
de jour du Service de

psychiatrie adulte à l'Hôpital de la
Pitié-Salpêtrière.

