

RECHERCHE

Exposition à des comportements hostiles au travail et consommation de substances psychoactives

*Exposure to hostile behaviour at work and use of psychoactive substances***Romain Salgues^{1*}, Victoria Mora², Hélène Attali², Ibrahim Mouchetrou Njoya², Magali Noyé², Gérard Shadili³, Oren Semoun², Caroline Wargon², Céline Zind²**¹ Université Paris Cité, Faculté de Santé UFR, 85 boulevard Saint-Germain 75005 Paris, France² Association interprofessionnelle des centres médicaux et sociaux de prévention et de santé au travail de la région Île-de-France – ACMS, 55 rue du Rouget de Lisle 92158 Suresnes Cedex, France³ Unité médicale d'addictologie, département universitaire de psychiatrie de l'adolescent et de l'adulte jeune, Institut Mutualiste Montsouris, 42 Boulevard Jourdan 75014 Paris, France* Correspondance : romainsalgues@gmail.com

Résumé

Contexte : En France, en 2019, la prévalence des comportements hostiles au travail (CHT) est estimée entre 30 et 37% et un lien entre souffrance au travail et consommation de substances psychoactives (SPA) est décrit. Cette étude a recherché un lien entre exposition aux CHT et consommation de SPA.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale par auto-questionnaires salariés, incluant le « Negative Acts Questionnaire-Revised » (NAQ-R). Pour l'analyse, deux groupes ont été déterminés : "NAQ-R léger", "NAQ-R modéré/élevé".

Résultats : La prévalence des CHT était de 74,5%, dont 34% pour le NAQ-R modéré/élevé. Les femmes, les répondants âgés de 46 à 55 ans, les salariés avec une ancienneté de 1 à 5 ans, étaient les plus exposés aux CHT ($p<0,001$). Dans le groupe NAQ-R modéré/élevé versus NAQ-R léger, la consommation de SPA ou de médicaments psychotropes était plus élevée (respectivement 36,3% vs 8,4% ; $p<0,001$ et 74,8% vs 54,3% ; $p=0,013$) et une proportion plus élevée de salariés fumeurs a déclaré avoir augmenté leur consommation de tabac depuis leur prise de poste (42,6% vs 25,9% ; $p<0,001$).

La consommation de SPA a été attribuée pour 78,6% des salariés à des raisons professionnelles. Ils étaient 72% à utiliser des psychotropes pour tenir psychologiquement ou physiquement, $p=0,001$; 65,2% à consommer de l'alcool pour « récupérer après une journée de travail compliquée », $p<0,001$.

Discussion - Conclusion : La prévention repose sur l'engagement des pouvoirs publics à agir pour réduire la consommation de SPA, la sensibilisation des entreprises au risque psychosocial, le repérage précoce médical, la sensibilisation du corps médical à l'automédication liée aux psychotropes et à leur formation en addictologie.

Mots clés : Comportements hostiles au travail ; substances psychoactives ; prévention

Abstract

Background : In France, in 2019, the prevalence of hostile behaviours at work (HBW) was estimated at between 30% and 37%, and a link between suffering at work and the use of psychoactive substances (PAS) has been described. This study investigated the association between exposure to HBW and PAS use.

Methods : This was a cross-sectional study based on self-administered questionnaires completed by employees, including the Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R). For the analysis, two groups were defined: "mild NAQ-R" and "moderate/high NAQ-R".

Results : The prevalence of HBW was 74.5%, including 34% with a moderate/high NAQ-R score. Women, respondents aged 46 to 55 years and employees with 1 to 5 years of seniority were the most exposed to HBW ($p<0.001$). In the moderate/high NAQ-R group compared with the mild NAQ-R group, the use of PAS or psychotropic medications was higher (36.3% vs 8.4%, $p<0.001$, and 74.8% vs 54.3%, $p=0.013$, respectively), and a higher proportion of smokers reported having increased their tobacco consumption since taking up their position (42.6% vs 25.9%; $p<0.001$).

PAS use was attributed to work-related reasons by 78.6% of employees. Seventy-two percent used psychotropic medications to keep going psychologically or physically ($p=0.001$), and 65.2% drank alcohol to "recover after a difficult working day" ($p<0.001$).

Discussion – Conclusion : Prevention relies on the commitment of public authorities to act to reduce PAS use, on raising companies' awareness of psychosocial risks, on early medical screening, and on raising physicians' awareness of self-medication with psychotropic drugs, together with their training in addiction medicine.

Key words : Workplace hostility; psychoactive substances; prevention

1. INTRODUCTION

Un comportement hostile est une attitude ou action agressive ou dévalorisante envers un salarié. Les risques psychosociaux (RPS) regroupent ces comportements et d'autres facteurs de stress au travail, qui peuvent entraîner de la souffrance au travail.

En 2019, la prévalence des comportements hostiles au travail (CHT) a été estimée entre 30 et 37 % [1], et selon l'enquête SUMER de 2017, près de 3,5 millions de salariés seraient victimes de comportements hostiles au travail [2].

Depuis plus de 30 ans, de nombreuses études ont mis en évidence un lien significatif entre souffrance au travail et consommation de substances psychoactives (SPA), qu'il s'agisse de psychotropes, d'alcool ou d'autres substances, utilisés comme mécanismes de coping face au stress professionnel [3–6]. Ces travaux soulignent l'importance de considérer les risques psychosociaux – stress, épuisement, harcèlement moral ou comportements hostiles au travail – non seulement pour la santé mentale des salariés, mais également pour leur santé physique et leur comportement en matière de consommation de substances psychoactives [3–8].

Cette étude avait pour objectif de décrire la fréquence et la gravité des comportements hostiles au travail, d'identifier la ou les fonctions professionnelles de la consommation de SPA des salariés, et rechercher un lien possible entre l'exposition à ces comportements hostiles et la consommation de SPA.

2. MATÉRIELS ET MÉTHODES

Le questionnaire retenu pour évaluer les comportements hostiles au travail est le Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R) [9]. Contrairement au Leymann Inventory of Psychological Terror (LIPT), le NAQ-R mesure la fréquence de comportements hostiles spécifiques sans mentionner explicitement le terme de harcèlement. Cette approche permet de limiter les biais d'auto-identification chez les participants. Par ailleurs, sa structure plus concise — 22 items contre 45 pour le LIPT — facilite l'administration du questionnaire et en diminue le temps de passation

(5-10 minutes pour le NAQ-R contre 20-30 minutes pour le LIPT).

Les répondants sont invités à indiquer la fréquence de chaque comportement à l'aide d'une échelle de Likert allant de 1 (« jamais ») à 5 (« quotidiennement »), ce qui permet d'évaluer à la fois la fréquence et la nature des comportements hostiles en milieu professionnel. Selon les auteurs du NAQ-R, le score global est obtenu en calculant la moyenne des réponses aux 22 items. Ce score permet ensuite de distinguer trois niveaux d'exposition : faible (score inférieur à 1,5), modéré (entre 1,5 et 2,5) et élevé (supérieur à 2,5).

Ainsi, un auto-questionnaire, incluant le NAQ-R, et complété par des questions relatives aux motivations professionnelles ou non de la consommation de SPA, a été élaboré et proposé aux salariés se présentant, entre le 14 octobre 2024 et le 10 janvier 2025, dans un service francilien de prévention et de santé au travail inter-entreprises pour leur suivi individuel de santé, quel que soit le type de visite.

Pour notre étude, il a été proposé, selon le score total du NAQ-R, que le niveau d'exposition soit : “nul” si score total = 1 (NAQ-R nul), car les réponses étaient « jamais » à la totalité des questions et “non nul” si score total > 1 (NAQ-R non nul). Les « NAQ-R non nul » regroupaient : NAQ-R léger si score > 1 et ≤ 1,5 ; NAQ-R modéré si score > 1,5 et < 2,5 et NAQ-R élevé si score ≥ 2,5. Les « NAQ-R non nul » ont été ensuite catégorisés en 2 groupes : NAQ-R léger si score > 1 et ≤ 1,5 ; et NAQ-R modéré/élevé si score > 1,5.

Une question complémentaire a été posée aux participants sur la consommation ou l'augmentation de la consommation de substances psychoactives depuis leur prise de poste, et dans l'affirmative quelles en étaient les motivations associées à cet usage. Plusieurs raisons potentielles (professionnelles ou non) étaient proposées et les participants pouvaient sélectionner une ou plusieurs réponses. Une question spécifique sur la consommation du tabac était également posée.

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique.

3. RÉSULTATS

3.1. Résultats descriptifs

1120 questionnaires ont été recueillis.

3.1.1. Caractéristiques générales de la population

3.1.1.1. Âge

La tranche d'âge la plus représentée était celle des 25 à 35 ans, regroupant 31 % des répondants. Elle était suivie par les 35 à 45 ans avec 22,9 %, puis les 15 à 25 ans avec 19 %. Les 46 à 55 ans représentaient 18,9 % des

répondants, tandis que les 55 ans et plus ne constituaient que 8,2 %.

Le salarié le plus jeune avait 16 ans et le plus âgé 69 ans. L'âge moyen était de 37,35 ans, avec une médiane légèrement plus basse (35,5 ans) et un mode à 34 ans, reflétant un ensemble centré autour de la trentaine.

3.1.1.2. Genre/sexe

Il y avait 54% d'hommes, 46% de femmes.

3.1.1.3. Situation de famille

La majorité des personnes étaient en couple ou mariées, représentant 53,1 % de la population d'étude. Les célibataires constituaient 42 %, soit une proportion également importante. En revanche, les personnes divorcées ne représentaient que 4,8 %, tandis que les veufs et veuves étaient très peu nombreux, avec seulement 0,1 %.

3.1.1.4. Enfants au domicile

53,6 % n'avaient pas d'enfant vivant à leur domicile et 46,4 % déclaraient en avoir.

3.1.2. Caractéristiques socio-professionnelles

3.1.2.1. Niveau de formation

La majorité des répondants possédait un diplôme de l'enseignement supérieur : 34,1 % avaient un niveau Bac +2 ou Bac +3 (BTS, DUT, Licence) et 33,4 % un niveau Bac +5 ou plus (Master, Doctorat). Les titulaires du baccalauréat représentaient 16,4 %, tandis que 13,4 % des personnes avaient un diplôme secondaire tel que le brevet. Enfin, seuls 2,7 % ne possédaient aucun diplôme.

3.1.2.2. Secteurs d'activité

La majorité des répondants travaillait dans le tertiaire (31,3 %), suivi des services (20,2 %) et de l'industrie (19,1 %), tandis que les commerces, le BTP et les transports/logistique représentaient respectivement 14,9 %, 7,1 % et 6,7 %.

3.1.2.3. Catégories socio-professionnelles

Les répondants étaient en majorité des employés (48,2 %), suivis des cadres (37,4 %), des agents de maîtrise (10,1 %) et des ouvriers (4,3 %).

3.1.2.4. Types de contrat de travail

Les contrats à durée indéterminée (CDI) prédominaient largement (85,2 %), tandis que les contrats à durée déterminée (CDD) représentaient 5,2 %, les alternants/apprentis/saisonniers (7,7 %), les intérimaires (1,4 %) et les fonctionnaires (0,5 %) représentaient des proportions beaucoup plus faibles.

3.1.2.5. Ancienneté au poste actuel

La répartition par tranche d'ancienneté montrait que 33 % des répondants avaient moins d'un an d'ancienneté, 37,7 % entre 1 et 5 ans, 12,1 % entre 5 et 10 ans, 10,1 % entre 10 et 20 ans, et 7,1 % ont 20 ans ou plus. L'ancienneté moyenne au poste actuel était de 5,44 ans, avec une médiane de 2 ans et un maximum de 37 ans.

3.1.3. Détail des résultats des 22 questions du NAQ-R

La figure 1 illustre la fréquence de vécu de comportements hostiles au travail.

Chaque barre représente un type de comportement (par exemple : critiques persistantes, moqueries, isolement, surcharge de travail, etc.), et les couleurs indiquent la fréquence d'exposition.

3.1.4. Scores NAQ-R

3.1.4.1. Répartition selon le score NAQ-R en 4 catégories

La catégorie « NAQ-R nul » représentait 25,5% des répondants, la catégorie « NAQ-R Léger » 49,1%, la catégorie « NAQ-R modéré » 18,1% et la catégorie « NAQ-R élevé » 7,2%.

3.1.4.2. Répartition selon le score NAQ-R en 2 catégories

Après avoir retiré l'effectif représentant la catégorie « NAQ-R nul », l'effectif total du groupe « NAQ-R non nul » était de 834 répondants : 65,9 % des personnes présentaient un score NAQ-R léger et 34,1% avaient un score modéré/élevé.

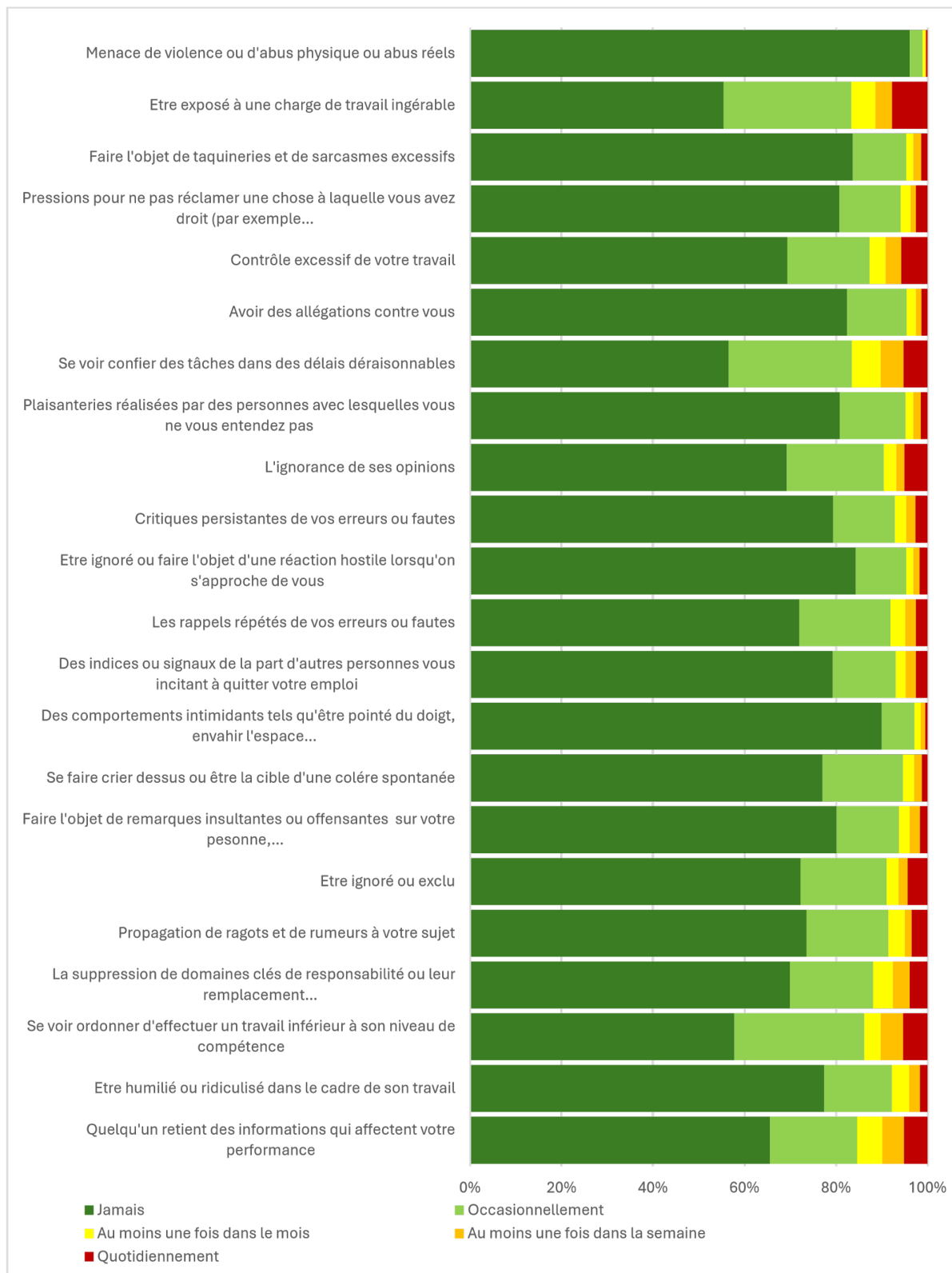


Figure 1. Répartition des résultats des 22 questions du NAQ-R (%)

3.1.5. Consommation de substances psychoactives

Cent soixante répondants (14,3%) ont déclaré avoir consommé ou augmenté leur consommation de SPA depuis leur prise de poste, majoritairement des médicaments (tableau 1).

3.1.5.1. Types de substances psychoactives consommées

Type de substance	Effectif (N=160)	Pourcentage parmi les consommateurs de SPA (%)	Pourcentage sur l'ensemble de l'échantillon (%)
Alcool	29	18,1	2,6
Cannabis	5	3,1	0,4
Alcool + cannabis	11	6,9	1,0
Cocaïne	2	1,3	0,2
Alcool + cannabis + cocaïne	1	0,6	0,1
Médicaments	78	48,8	7,0
Alcool + médicaments	24	15,0	2,1
Cannabis + médicaments	4	2,5	0,4
Alcool + cannabis + cocaïne + médicaments	1	0,6	0,1
Autres SPA uniquement	5	3,1	0,4
Total	160	100,0	14,3

Tableau 1. Type de substances psychoactives consommées

3.1.5.2. Prévalence de la consommation de SPA, en lien avec des facteurs professionnels ou non

Dans la population de l'étude comme chez les répondants ayant déclaré avoir consommé ou augmenté leur consommation de SPA depuis leur prise de poste, la raison professionnelle était respectivement de 11,1% et 77,5 % (tableau 2).

Motivation de la consommation	Effectif (N=160)	Pourcentage parmi les consommateurs de SPA (%)	Pourcentage en population générale de l'étude (%)
Au moins une raison professionnelle	124	77,5	11,1
Uniquement raison non professionnelle	36	22,5	3,2
Total	160	100,0	14,3

Tableau 2. Prévalence de la consommation de SPA en lien avec des facteurs professionnels ou non

3.1.5.3. Prévalence des motifs de consommation de SPA (un multi-cochage était possible)

Dans le tableau 3, les principaux motifs de consommation de SPA déclarés étaient : « pour tenir psychiquement ou physiquement » (57,5%) et « pour récupérer après une journée compliquée » (42,5%).

Motif de consommation	%
Pour tenir psychiquement ou physiquement	57,5
Pour maintenir la productivité	9,4
Pour récupérer après une journée compliquée	42,5
Pour entretenir les liens professionnels	9,4
Pour des raisons non professionnelles	38,1

Tableau 3. Prévalence des motifs de consommation de SPA

3.1.5.4. Prévalence de la consommation de tabac

Pour plus de clarté, la question spécifique sur le tabac et ainsi sa consommation a été traitée à part des autres SPA du tableau 1.

Concernant le tabac, 9,7% des répondants ont déclaré avoir consommé ou augmenté leur consommation depuis la prise du poste actuel (au moment de l'étude), 21% avaient déclaré fumer, mais ne pas avoir augmenté leur consommation et 69,3% avaient déclaré ne pas fumer.

3.2. Étude analytique

3.2.1. Genre/sexe en fonction du score NAQ-R (2 catégories)

Il y avait significativement plus :

- D'hommes que de femmes dans la catégorie « NAQ-R Léger » (54%), tableau 4.
- De femmes que d'hommes dans la catégorie « NAQ-R Modéré/Élevé » (54,8%), tableau 4.

Genre	NAQ-R Léger (%)	NAQ-R Modéré/Élevé (%)
Hommes	54,0	45,2
Femmes	46,0	54,8

Tableau 4. Répartition différenciée des genres selon le score NAQ-R (2 catégories) (p=0,016)

3.2.2. Classe d'âge en fonction du score NAQ-R (2 catégories)

Les 15-25 ans étaient significativement moins nombreux dans la catégorie « NAQ-R Modéré/Élevé » (8,5% versus 18,5% dans la catégorie « NAQ-R Léger »), tableau 5.

Les 46-55 ans étaient significativement plus nombreux dans la catégorie « NAQ-R Modéré/Élevé » (24,6% versus 18,2% dans la catégorie « NAQ-R Léger »), tableau 5.

Classes d'âge (ans)	NAQ-R Léger (%)	NAQ-R Modéré/Élevé (%)	p
15-25	18,5	8,5	<0,001
26-35	29,3	33,8	>0,05
36-45	24,4	23,9	>0,05
46-55	18,2	24,6	<0,001
56 et plus	9,6	9,2	>0,05

Tableau 5. Répartition selon les classes d'âge et le score NAQ-R (2 catégories)

3.2.3. Type de contrat de travail en fonction du score NAQ-R (2 catégories)

Des différences significatives ont été observées en fonction du type de contrat. Dans la catégorie NAQ-R Léger, 85,3 % des répondants étaient en CDI ou fonctionnaires, tandis que 14,7 % avaient un contrat précaire (p<0,001).

Dans la catégorie NAQ-R Modéré/Élevé, 93,7 % des répondants étaient en CDI ou fonctionnaires, et seulement 6,3 % avaient un contrat précaire (p<0,001).

3.2.4. Ancienneté au poste de travail en fonction du score NAQ-R (2 catégories)

Les salariés ayant moins d'un an d'ancienneté étaient significativement plus nombreux en NAQ-R Léger (31,5%) qu'en NAQ-R Modéré/Élevé (14,4%), tableau 6.

Ceux entre 1 et 5 ans d'ancienneté étaient significativement plus nombreux en NAQ-R Modéré/Élevé (48,2%) qu'en NAQ-R Léger (37,9%), tableau 6.

Classes d'ancienneté (ans)	NAQ-R Léger (%)	NAQ-R Modéré/Élevé (%)	p
0-1	31,5	14,4	<0,001
1-5	37,9	48,2	<0,001
5-10	13,1	16,2	>0,05
10-20	9,8	13,7	>0,05
Plus de 20 ans	7,7	7,4	>0,05

Tableau 6. Répartition des classes d'ancienneté selon le score NAQ-R (2 catégories)

3.2.5. Consommation de SPA et motif de consommation, en fonction du score NAQ-R (2 catégories)

Les non-consommateurs de SPA étaient majoritaires dans les deux groupes, mais leur proportion était plus élevée dans le groupe NAQ-R léger (91,6%) versus le groupe NAQ-R Modéré/Élevé (63,7%), tableau 7. La prévalence de consommation ou d'augmentation de consommation était significativement plus élevée dans le groupe NAQ-R modéré/élevé (36,3%) que dans le groupe NAQ-R léger (8,4%), tableau 7.

Consommation de SPA	NAQ-R léger (%)	NAQ-R modéré/élevé (%)
Oui	8,4	36,3
Non	91,6	63,7

Tableau 7. Consommation de SPA en fonction du score NAQ-R (2 catégories) (p<0,001)

Dans le tableau 8, les répondants du groupe :

- « NAQ-R Modéré/Élevé » étaient significativement plus nombreux à avoir consommé des SPA uniquement pour raison professionnelle (78,6%) versus ceux du groupe « NAQ-R Léger » (39,1%).
- « NAQ-R léger » étaient significativement plus nombreux à avoir consommé des SPA uniquement pour raison non professionnelle (39,1%) versus ceux du groupe « NAQ-R Modéré/Élevé » (7,8%), tableau 8.

Motif de consommation de SPA	NAQ-R Léger (%)	NAQ-R Modéré/Élevé (%)
Uniquement professionnel	39,1	78,6
Uniquement non professionnel	39,1	7,8
Professionnel et non professionnel	21,7	13,6

Tableau 8. Détail de consommation de SPA pour raisons professionnelles et non professionnelles en fonction du score NAQ-R ($p<0,001$)

3.2.6. Consommation de médicaments en fonction du score NAQ-R (2 catégories)

Parmi les 160 participants ayant répondu « oui » à la question suivante : « avez-vous consommé ou augmenté votre consommation de SPA depuis votre prise de poste actuel ? », la consommation des médicaments (contre l'anxiété, la dépression ou les troubles du sommeil) était significativement plus fréquente chez ceux du groupe « NAQ-R Modéré/Élevé » (74,8%) par rapport à ceux du groupe « NAQ-R Léger » (54,3%), tableau 9.

Consommation de médicaments (contre anxiété, dépression, troubles du sommeil)	NAQ-R Léger (%)	NAQ-R Modéré/Élevé (%)
Oui	54,3	74,8
Non	45,7	25,2

Tableau 9. Consommation de médicaments en fonction du score NAQ-R ($p=0,013$)

3.2.7. Motifs de consommation de médicaments, d'alcool et autres substances psychoactives

Dans le tableau 10, on a une association significative entre la consommation :

- de médicaments psychotropes et la nécessité de « tenir psychiquement ou physiquement au travail » (72,0%) ;
- d'autres SPA que des médicaments psychotropes pour des raisons non professionnelles (71,7%).

Motif de consommation	Consommation de médicaments psychotropes (%)	Consommation d'une autre SPA (%)	p
Pour tenir psychiquement ou physiquement au travail	72,0	28,3	=0,001
Non professionnel	28,0	71,7	=0,019

Tableau 10. Motifs de consommation de médicaments psychotropes et autres substances psychoactives

L'alcool est davantage consommé pour récupérer après une « journée de travail compliquée » (65,2%), tandis que les autres SPA étaient plus fréquemment consommées pour tenir psychiquement ou physiquement au travail (68,1%) avec une consommation d'alcool plus faible dans ce contexte (42,4%), tableau 11.

Motif de consommation	Consommation d'alcool (%)	Consommation d'une autre SPA (%)	p
Pour récupérer après une journée de travail compliquée	65,2	26,6	<0,001
Pour tenir psychiquement ou physiquement au travail	42,4	68,1	=0,001

Tableau 11. Motifs de consommation d'alcool et autres substances psychoactives

3.2.8. Tabagisme en fonction du score NAQ-R (2 catégories)

Proportion plus importante de sujets fumeurs ayant augmenté leur consommation de tabac depuis leur prise de poste dans le groupe « NAQ-R Modéré/Élevé » par rapport au groupe « NAQ-R Léger » (42,6 % versus 25,9 %, $p<0,001$), figure 2.

Plus de sujets non-fumeurs dans le groupe « NAQ-R Léger » que dans le groupe « NAQ-R Modéré/Élevé ».

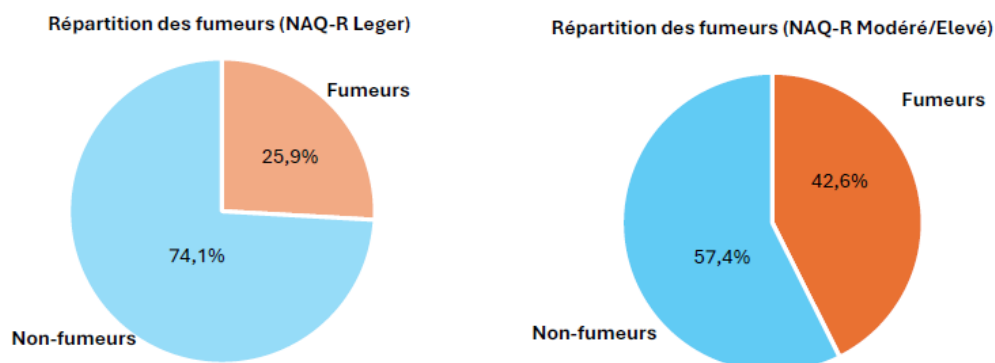


Figure 2. Répartition du tabagisme en fonction du score NAQ-R ($p<0,001$)

4. DISCUSSION

4.1. Validité et faisabilité

Parmi les questionnaires de dépistage des comportements hostiles au travail, le plus utilisé est le Negative Acts Questionnaire – Revised (NAQ-R) développé par Ståle Einarsen, Helge Hoel et Guy Notelaers [9]. Composé de 22 questions, le NAQ-R vise à objectiver les comportements hostiles et a été largement validé pour sa fiabilité psychométrique et son acceptabilité auprès des répondants dans de nombreuses études transversales [9,10,11]. Ce questionnaire a été choisi pour cette étude en raison de sa validité clinique et de son acceptabilité par les répondants dans de nombreuses études transversales [9,10,11].

4.2. Prévalence générale

Les données recueillies indiquent que les comportements hostiles au travail restent fréquents, avec une prévalence estimée à 74,5% dans cette étude. En France, plusieurs analyses de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) montrent qu'une part significative des salariés déclare avoir été confrontée à au moins un comportement hostile : environ 30 % en 2016, contre 37 % en 2013, selon les enquêtes sur les conditions de travail [12,13]. À l'échelle internationale, la première grande enquête mondiale sur l'expérience de la violence et du harcèlement au travail, conduite sous l'égide de l'International Labour Organization et publiée en 2022, rapporte qu'un peu plus de 22 % des salariés ont déclaré avoir subi une forme de violence ou de harcèlement au travail au cours de leur vie professionnelle [14].

La prévalence des CHT varie selon les enquêtes, les définitions retenues et les échelles/questionnaires utilisés, rendant difficile la comparaison de ces prévalences. La prévalence élevée dans cette étude pourrait s'expliquer par la terminologie utilisée qui offre un large panel de situations de travail hostiles, par le schéma de l'étude et l'échelle NAQ-R utilisée. En effet, le questionnaire a été proposé à tous les salariés se présentant durant la période de l'étude dans un service francilien de prévention et de santé au travail inter-entreprises, on peut supposer que les répondants aient été particulièrement concernés par le thème des CHT. De plus, l'échelle NAQ-R mesure la fréquence de comportements hostiles spécifiques sans mentionner explicitement le terme de harcèlement, permettant ainsi de limiter les biais d'auto-identification chez les participants.

L'exposition aux CHT était significativement liée au genre, à l'âge, au type de contrat de travail et à l'ancienneté au poste. En effet, dans la catégorie NAQ-R Modéré/Élevé, il y avait significativement plus de femmes (54,8% vs 45,2% d'hommes), plus de salariés âgés de 46 à 55 ans (24,6% vs 18,2 % dans la catégorie NAQ-R Léger), plus de salariés en CDI ou fonctionnaires (93,7% vs 6,3% sous contrat précaire), plus de salariés ayant une ancienneté au poste comprise entre 1 et 5 ans (48,2% vs 37,9% dans la catégorie NAQ-R Léger). Les hommes, les salariés âgés de 15 à 25 ans et ceux avec moins d'un an d'ancienneté, étaient également concernés, significativement plus nombreux dans la catégorie NAQ-R Léger (respectivement 54% vs 46% de femmes, 18,5% vs 8,5 % dans la catégorie NAQ-R Modéré/Élevé et 31,5% vs 14,4% dans la catégorie NAQ-R Modéré/Élevé). Ces résultats étaient d'autant plus intéressants que la population d'étude était majoritairement masculine (54%), avait un âge moyen de 37 ans (50% des salariés avaient moins de 35 ans) et une ancienneté moyenne de 5 ans (50% de salariés avec moins de 2 ans d'ancienneté). Les CDI ou fonctionnaires étaient largement majoritaires dans la population d'étude (85,2%), ce qui a peut-être influencé le résultat observé pour cette variable. Cependant, il est possible que les salariés bénéficiant d'un contrat de travail stable, soient plus attachés à leur poste malgré les CHT et s'expriment plus librement sur ce sujet. Des résultats similaires ont été observés dans les grandes enquêtes sur les conditions de travail [11,14,15].

4.3. Prévalence de consommation

La consommation de substances psychoactives (SPA) est significativement plus élevée chez les individus exposés de manière modérée ou élevée aux comportements hostiles au travail que chez ceux faiblement exposés (36,3% vs 8,4%) [15,16,17]. Les salariés exposés sont également plus nombreux à déclarer une consommation motivée par des raisons professionnelles (78,6% vs 39,1%) [16,17].

4.4. Type de substances consommées et fonctions professionnelles

L'usage de psychotropes en milieu professionnel semble souvent lié au besoin de faire face psychiquement ou physiquement aux exigences du travail, tandis que l'alcool apparaît davantage associé à une fonction de décompression après l'activité professionnelle, notamment dans un contexte de stress ou de contraintes organisationnelles élevées [15,16,18]. Plusieurs travaux montrent que des conditions de travail défavorables peuvent être associées à un recours accru aux médicaments psychotropes ou à d'autres SPA [16,18]. Dans cette perspective, l'usage de SPA peut être interprété comme une réponse comportementale à un

environnement professionnel perçu comme exigeant ou délétère [16,18]. Une exposition prolongée aux contraintes professionnelles peut également s'accompagner d'altérations de la santé globale, incluant le développement de stress chronique, de troubles anxiodépressifs, d'épuisement professionnel ou encore de pathologies cardiovasculaires [17,19,20].

4.5. Prévention

Les résultats de cette étude incitent à renforcer la vigilance en santé au travail et à cibler plus spécifiquement les populations identifiées comme les plus exposées aux CHT, notamment les femmes, les salariés âgés de 46 à 55 ans, les salariés avec un contrat de travail stable (CDI ou fonctionnaires), les salariés avec 1 à 5 ans d'ancienneté.

La prévention des comportements hostiles au travail (CHT) doit s'appuyer sur un engagement organisationnel fort visant à réduire les risques psychosociaux et à limiter la consommation de SPA. Les recommandations internationales soulignent l'importance du dialogue social, de la promotion d'un environnement de travail sûr et du développement d'une culture de prévention [17,20,21]. Le repérage précoce et plus systématique des situations de souffrance au travail par les professionnels de santé et l'accompagnement des salariés concernés constituent des axes majeurs de prévention [18,19]. La sensibilisation du corps médical à l'automédication et aux risques liés aux psychotropes joue également un rôle clé dans l'identification et la prise en charge précoce de ces situations [18,19]. La formation des professionnels de santé, l'information des salariés et des employeurs, ainsi que la mobilisation coordonnée des différents acteurs de la prévention complètent cette approche globale de promotion de la santé au travail [20,21].

En fine, la prévention des consommations de SPA ne peut être dissociée de la prévention des CHT au travail, et le médecin du travail apparaît comme un acteur privilégié dans le dépistage précoce de ces consommations en milieu professionnel. Il doit orienter les salariés dans un parcours de soin coordonné avec l'ensemble des professionnels de santé, et contribuer à une prévention systématique des risques psychosociaux en entreprise.

4.6. Forces, limites et perspectives de l'étude

Cette étude se distingue par la taille importante de son échantillon (1 120 participants), garantissant une puissance statistique satisfaisante, ainsi que par l'utilisation du NAQ-R validé, largement utilisé dans les recherches sur le harcèlement au travail pour les comparaisons internationales [9, 20]. L'analyse des motifs professionnels de consommation de SPA constitue également un apport original au regard des travaux existants sur les conduites addictives en milieu professionnel [16, 18].

Plusieurs limites doivent toutefois être soulignées. La participation volontaire (et non par tirage au sort) des salariés, la période d'inclusion relativement courte (du 14 octobre 2024 au 10 janvier 2025) et la non-participation des salariés n'ayant pas eu de suivi individuel durant la période de l'étude, peuvent introduire un biais de sélection pouvant ainsi influencer sur la prévalence des CHT observée. Une surreprésentation dans l'échantillon des salariés se sentant plus concernés par le sujet est possible. L'utilisation d'un auto-questionnaire expose à des biais de déclaration, fréquemment rapportés dans les enquêtes sur les conditions de travail et les comportements de santé [12, 19, 21]. La consommation de SPA a été recueillie par auto-déclaration selon les bonnes pratiques de prévention en santé au travail.

La nature transversale de l'étude et l'absence d'analyse multivariée ne permettent pas d'établir de relation causale entre l'exposition aux CHT et la consommation de SPA, comme discuté dans la littérature [14]. Enfin, la concentration géographique de l'échantillon en Île-de-France peut limiter la généralisation des résultats à l'ensemble de la population active française.

Les perspectives de recherche incluent la réalisation d'études longitudinales visant à analyser les trajectoires d'exposition aux CHT et leurs effets sur la santé, ainsi que l'examen du rôle du soutien organisationnel et des facteurs contextuels [17, 20]. Des analyses sectorielles ciblées et le recours à des approches qualitatives pourraient également permettre de mieux comprendre les représentations et motivations associées à la consommation de SPA dans le contexte professionnel [16, 18].

5. CONCLUSION

Cette étude menée auprès de 1 120 salariés montre une prévalence élevée des CHT, avec une association significative entre les CHT et la consommation de SPA, en particulier de psychotropes. Certaines catégories de salariés apparaissent particulièrement exposées aux CHT, notamment les femmes, les salariés âgés de 46 à 55 ans, ceux en CDI ou titulaires, ainsi que les salariés ayant 1 à 5 ans d'ancienneté, conformément aux tendances observées dans les enquêtes françaises et internationales sur les conditions de travail et l'exposition

aux violences ou aux risques psychosociaux.

La consommation de SPA pour des raisons professionnelles peut être interprétée comme une tentative d'adaptation face à la souffrance au travail, mais elle expose à un risque accru d'automédication et de dépendance.

Une approche pluridimensionnelle, associant prévention organisationnelle, accompagnement médical et actions de sensibilisation, demeure essentielle pour garantir des environnements de travail protecteurs de la santé mentale et physique des salariés.

Contribution des auteurs : Tous les auteurs ont contribué de manière significative à l'article. Tous les auteurs ont lu et accepté de publier cet article.

Sources de financements : Ce travail n'a reçu aucun financement

Liens et/ou conflits d'intérêts : Aucun conflit d'intérêts à déclarer

RÉFÉRENCES

1. Bègue M, Kingsada A, Mauroux A. *Les rapports sociaux au travail*. Synthèse Stat' n°27. Paris : DARES ; 2019.
2. Ministère du Travail. *Enquête SUMER 2017 : surveillance médicale des expositions aux risques professionnels*. Paris : DARES ; 2018.
3. Lutz G. *Pratiques addictives en milieu de travail : impasses du concept et nouvelles perspectives*. Psychotropes. 2015 ;21(1) : 13-34.
4. Frone MR. *Work stress and alcohol use*. Alcohol Res Health. 1999 ;23(4) :284-291.
5. Mora V, De Sigaldi D, Monteleon PY, Wargon C, Semoun O, Attali H, et al. *Travail, télétravail et consommation d'alcool*. Alcoologie Addictol. 2025 ;45(2) : 54-70.
6. Frone MR. *Alcohol and illicit drug use in the workforce and workplace*. Washington : American Psychological Association ; 2013.
7. Gollac M, Bodier M, Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, Brun JP, et al. *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser : rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé*. Paris : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé ; 2011.
8. Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL. *Bullying and harassment in the workplace: developments in theory, research and practice*. 2nd ed. Boca Raton : CRC Press ; 2011
9. Einarsen S, Hoel H, Notelaers G. *Measuring exposure to bullying and harassment at work: validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised*. Work Stress. 2009 ;23(1) :24-44.
10. Trépanier SG, Fernet C, Austin S. *Workplace bullying and psychological health at work*. Work Stress. 2013 ;27(2) :123-140.
11. Santé publique France. *Programme Samotrace : surveillance des risques psychosociaux au travail*. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2008
12. DARES. *Conditions de travail et comportements hostiles : enquêtes 2013 et 2016*. Paris : Ministère du Travail ; 2017.
13. Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi d'Île-de-France (DREETS Île-de-France). *BREF Thématique n°49 : Comportements hostiles et agressions au travail en Île-de-France*. Île-de-France: DREETS Île-de-France; septembre 2014.
14. International Labour Organization. *Experiences of Violence and Harassment at Work : A Global First Survey*. Genève : ILO / Gallup / Lloyd's Register Foundation; 2022.
15. Niedhammer I, David S, Degioanni S, et al. *Workplace bullying and psychotropic drug use*. Ann Occup Hyg. 2011 ;55(2) :152-163.
16. Laaksonen M, Lallukka T, Lahelma E, Partonen T. *Working conditions and psychotropic medication*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012 ;47(4) :663-670.
17. International Labour Organization. *Preventing and addressing violence and harassment in the world of work through occupational safety and health measures*. Geneva : ILO ; 2024.
18. Haute Autorité de Santé. *Usage des substances psychoactives : prévention en milieu professionnel*. HAS ; 2025.
19. Bouajila N, Andre J, Paille F, et al. *Besoins des professionnels de santé en alcoologie*. Alcoologie et Addictologie. 2025 ;45(1) :54-72
20. Société française d'alcoologie, Société française de santé au travail, Association Addictions France. *Usage des substances psychoactives : prévention en milieu professionnel. Recommandation de bonne pratique*. Saint-Denis La Plaine : Haute Autorité de Santé ; 2025. Validé par le Collège le 12 juin 2025.
21. DARES. *Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail*. Paris : DARES ; 2021.