

Strasbourg, 16 décembre 2011

P-PG/Work(2011)9rev1_fr

**GROUPE D'EXPERTS AD HOC SUR LA PREVENTION DES
USAGES DE DROGUES EN MILIEU PROFESSIONNEL**

2^{ème} réunion

**Conseil de l'Europe
Palais de l'Europe, Salle 14, Strasbourg**

20/21 novembre 2011

RAPPORT

RAPPORT DE REUNION

1. Introduction

Le Président du Groupe d'experts ouvre la réunion et souhaite la bienvenue aux participants. La liste des participants fait l'objet de l'annexe I. L'ordre du jour, présenté à l'annexe II, est adopté. Le Président invite ensuite les participants à se présenter. Enfin, il fait une synthèse des décisions prises lors de la première réunion.

2./3./4. Présentation du document de travail / Examen du cadre de travail décidé dans le rapport de synthèse des consultants et du Président/ Réflexions approfondies présentées par les consultants

(Voir documents (P-PG/Work(2011)7), (P-PG/Work(2011)5) et annexes III et IV du présent rapport)

Le Président présente le contenu de la synthèse fondée sur les contributions nationales écrites et élaborée en coopération avec les consultants (P-PG/Work(2011)7) comme base de la réflexion et des échanges. Les contributions écrites des délégations sont compilées dans le document (P-PG/Work(2011)5). Ces positions nationales - telles qu'elles sont présentées dans la compilation ou qu'elles ont été énoncées lors de la première réunion - ne seront pas reprises dans le présent rapport. Les considérations spécifiques soumises par les consultants sont reproduites in extenso dans les annexes III et IV du présent rapport. Une version amendée du document (P-PG/Work(2011)7) comprenant les nouvelles observations de fond faites lors de la réunion sera diffusée ultérieurement.

Outre ces positions, les participants ont souligné entre autres les points suivants :

Président :

Conformément à l'ordre du jour, le Président informe les experts

- d'une modification dans la législation française intervenue depuis la 1^{ère} réunion du groupe : La loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation des services de santé au travail donne mission aux médecins du travail de prévenir l'usage d'alcool et de drogues sur les lieux de travail. Cette visibilité, nouvelle, associée à un avis rendu par le Comité national d'éthique donne la possibilité sur des postes de sûreté et de sécurité définis de façon concertée entre toutes les parties d'exercer, sous la responsabilité du médecin du travail, des contrôles de consommation de façon aléatoire, si cette clause est prévue au règlement intérieur de l'entreprise.
- de la sortie imminente en France d'une enquête sur les consommations de produits psychoactifs par les personnes en activité (indicateurs visant à mettre en contexte les événements de consommation et à les comparer dans le temps. Enquête déclarative auprès d'un échantillon de 27 600 individus).
- de l'intention de lancer dans le cadre du nouveau Plan français de lutte contre la drogue et la toximanie (2012_2015) des recherches sur la prévalence de l'usage de drogues sur le lieu de travail.

Au-delà de cette communication d'informations nouvelles propres au cas français, le Président rappelle le triple enjeu des travaux du groupe :

- **l'un relatif aux déterminants des consommations** : si la consommation de drogues est un fait qui peut relever de la vie privée et venir faire intrusion dans la vie professionnelle du salarié, elle peut aussi être la conséquence d'une vie professionnelle excessivement sous tension qui va de fait exercer une pression sur la vie privée. Du point de vue du droit, comment arbitrer entre ces déterminants ? du point de vue des valeurs, quelle frontière claire préserver entre vie privée et vie publique ? Comment ?

- **l'autre relatif à la responsabilité des employeurs** en termes de promotion de la santé des salariés et de prévention des risques. Cela interroge sur l'insécurité juridique dans laquelle ils se trouvent et, en contrepartie, sur les moyens à leur disposition pour faire face à leur obligation de résultats. Quelle peut être la place et la justification des tests de dépistage? Doivent-ils être pratiqués sous la responsabilité exclusive des médecins du travail ? par d'autres personnels de santé bénéficiant d'une délégation de responsabilités ? ou ayant une compétence partagée dans l'administration des tests ? voire dans leur interprétation ?
- **le dernier relatif au produit** attendu au terme des travaux du groupe. : comment proposer un cadre d'intervention en milieu professionnel basé à la fois sur des éléments propres à des approches nationales spécifiques, mais qui soit assez large pour renouveler les actions en les fondant sur les principes de responsabilité, de transparence, de respect des libertés individuelles et collectives ? et qui soit objet de débat et d'appropriation plus ou moins grande par chacune des catégories d'acteurs concernés ? qui soit acceptable par le Conseil de l'Europe et suscite l'intérêt des organisations internationales actives dans le champ ?

M. Parquet (consultant) :

- Si nous nous intéressons au fonctionnement de l'entreprise, pourquoi devrions-nous spécifier davantage un risque identifié ?
- Pourquoi devrions-nous seulement recommander des mesures de prévention pour les postes de sécurité ?
- Nous devons réfléchir au thème des compétences partagées. L'approche sanitaire ne couvrirait pas tous les aspects de la prévention. À cet égard, une intégration de l'approche sanitaire et de l'approche sécuritaire doit être développée.
- Les accidents n'ont pas toujours des causes multiples. Comment pouvons-nous attribuer le résultat à la cause qui est l'usage de drogues ? Comment pouvons-nous lier un comportement dysfonctionnel à l'usage de drogues ? Le fait que la drogue soit illicite n'est-il pas suffisant ?
- À propos du dépistage des drogues : quels devraient être les objectifs et les conséquences de ces tests de dépistage ? Il s'agit d'un enjeu juridique qui met en cause la vie professionnelle de l'employé.
- Devons-nous étudier le lien qui existe entre la tâche et le niveau de compétence d'un poste et les comportements addictifs ?
- Nous devons faire confiance à l'entreprise lorsqu'il s'agit du choix des objectifs primaires et secondaires de la prévention.
- L'examen des dysfonctionnements contourne l'approche morale de la dépendance et des comportements addictifs.

M. Windey (consultant) : différentes substances jouent un rôle dans différents environnements de travail (par exemple, la bière dans les brasseries). Devons-nous examiner l'effet de l'offre proposée sur l'usage personnel ? Il n'y a pas de système pour définir le « fonctionnement optimal » sur le lieu de travail. Sans une description détaillée des attentes, aucune comparaison n'est possible.

Luxembourg :

- Le ministre de la Santé a demandé aux partenaires sociaux une clarification de leur position en la matière. Dans l'une des réponses reçues, l'accent a été mis sur la polarité entre les libertés individuelles et l'obligation de l'employeur de garantir la santé et la sécurité des travailleurs. Vu sous cet angle, le Conseil de l'Europe est le lieu idéal pour aborder cette question.
- Il faut étudier chaque poste afin d'identifier le niveau de sécurité nécessaire.
- Un inventaire des risques a été établi sur la base de l'obligation de l'entreprise d'effectuer un dépistage régulier pour certains postes liés à la sécurité.

Belgique : de nouvelles recherches vont être lancées pour étudier les problèmes rencontrés par les professionnels en général et par les médecins du travail en matière de surveillance de la santé. L'approche belge consiste à donner aux dirigeants dans ce domaine des outils pour une politique de prévention qui distingue le niveau individuel et le niveau collectif. L'évaluation des risques devrait être multidisciplinaire. Une politique de prévention doit tenir compte des conditions concrètes de travail. La loi correspondante de 1996 oblige les employeurs à mettre en place des politiques de prévention ; parmi ces employeurs figure également le secteur public.

Italie : il existe deux types de risques : le risque spécifique lié à l'usage de drogues pour un poste spécifique et le risque général causé par l'usage de drogues en milieu professionnel. Il convient d'étudier deux aspects des abus de drogue : le fait de travailler sous l'influence directe de drogues d'une part, et les comportements addictifs en général, qui peuvent conduire par la suite à un usage concret de drogues. Il existe deux approches concernant le dépistage : un test peut être effectué immédiatement après le travail ou le dépistage peut être obligatoire pour obtenir un permis pour un travail spécifique. Les tests relèvent de la responsabilité de la médecine du travail. Pour l'évaluation des comportements à risque d'une personne, il faut disposer de critères objectifs. L'aptitude à travailler ne peut être certifiée que par le médecin du travail. Celui-ci est responsable des stratégies de prévention qui prennent en compte les paramètres de l'entreprise. Des tests d'urine, effectués par les médecins du travail, sont prévus pour les postes liés à la sécurité. Leurs résultats doivent être vérifiés par des laboratoires extérieurs. Le signalement est théoriquement obligatoire. Un usage occasionnel relève de l'influence du médecin du travail. Dans les cas d'usage chronique, il existe des programmes de désintoxication au sein du système de santé. Il n'existe pas d'informations sur la relation entre l'usage de drogues et la performance, seulement quelques recherches sur l'usage de drogues et la santé, ainsi que sur l'usage de drogues et les risques d'accident. Dans le cas des accidents de la route, il y a un dépistage systématique des drogues, ce qui n'est pas le cas pour les accidents du travail.

Norvège : l'évaluation des risques devrait mettre l'accent de manière sélective sur certains postes qui comportent plus de risques que d'autres. L'évaluation des risques varie selon les entreprises. Il existe des liens entre le type d'emploi et le risque d'addiction (par exemple, les emplois impliquant les voyages, les dirigeants, etc.). Il faut également adopter une approche sélective en matière de dépistage. Le dépistage des drogues ne joue pas un rôle majeur dans la politique de prévention. Sur internet, on peut trouver un très grand nombre de recommandations sur la façon de contourner les tests de dépistage. Les entreprises disposent d'une boîte à outils et chacune doit décider quel est l'outil le plus utile dans son contexte spécifique. Il reste encore beaucoup à faire, car le recours aux drogues en milieu professionnel est un domaine tabou. Les syndicats et les organisations d'employeurs doivent être impliqués. Certains éléments peuvent amener à soupçonner des comportements addictifs, ce dont l'employeur pourrait vouloir discuter. Dans le cadre d'une politique de prévention, il s'agit également de trouver le langage qui convient pour parler du problème. Il existe un réseau nordique pour la prévention de l'alcoolisme.

France : certaines drogues sont prises pour accroître la performance, ce qui pose de nouvelles difficultés. Nous devons tenir compte de la sûreté, de la santé et de la sécurité, et même de certains aspects de la réduction des risques pour que les choses fonctionnent. Dans certains cas, des solutions locales devront être trouvées.

Président : les conclusions provisoires qu'il convient de tirer des interventions font notamment état

- du retentissement potentiel d'une consommation effectuée en dehors des heures et du lieu de travail sur la santé et la sécurité de la personne, de tiers, du collectif de travail et de l'outil de travail, d'où le risque d'absence, en matière de consommation de drogues, de frontière clairement étanches entre la vie publique et la vie privée ;

- de la nécessité d'une approche de prévention qui intègre de façon systémique l'ensemble des facteurs : organisation du travail, conditions de travail, relations entre les personnes au sein du collectif, prise en compte de la spécificité de chacun des personnels
- de l'exigence intellectuelle qu'il y a à distinguer les domaines consensuels et les domaines à régler dans le cadre d'une concertation,
- du fait que l'évaluation des risques, transposition d'une directive européenne, gagnerait à être élargie à la prévention des drogues en milieu professionnel.

5. Echange de vues préliminaire sur l'organisation de la conférence de 2012 sur l'alcoolisme et la toxicomanie et les politiques de prévention, Strasbourg, 14/15 mai 2012

(Voir document (P-PG/Work(2011)8prov) et annexe VI du présent rapport)

Les participants ont un échange de vue sur les intervenants potentiels et les contenus du programme. Un projet de programme a été établi tel que reproduit en annexe VI. Les participants se mettent d'accord sur le titre ci-dessus de la conférence lors d'une procédure écrite ultérieure et confirment le profil politique des participants tel que définis lors de la première réunion. Les participants soulignent que la conférence devrait être un événement politique et non technique. La conférence est prévue pour le 14 mai après-midi et le 15 mai toute la journée jusqu'à 16h00.

Les objectifs détaillés de la conférence doivent être formulés par le Président et insérés dans le programme par le Secrétariat. Des invitations seront envoyées aux Correspondants permanents après la mise au point finale du programme avec les renseignements concernant les intervenants.

Le produit final de la conférence devrait être un cadre de référence élaboré par le Président en collaboration avec les consultants, qui résume le travail mené par le groupe d'experts ad hoc et tient compte du contenu des débats préparatoires à la conférence. Un projet de ce document de référence sera diffusé aux participants inscrits avant la conférence. Une version finale consensuelle sera établie après la conférence.

6. Questions diverses

Néant.

7. Date de la troisième réunion du groupe d'experts ad hoc

Les participants conviennent que la prochaine réunion aura lieu les 9 et 10 février 2012 à Paris.

ANNEXE I**LISTE DES PARTICIPANTS****Groupe d'experts ad hoc sur la prévention des usages de drogue en milieu professionnel****Strasbourg (France), 21-22 novembre 2011****Chairman / Président****M. Michel MASSACRET**

Chargé de mission prévention en milieu professionnel
Mission Interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)
35, rue St. Dominique
F-75007 Paris
FRANCE

Tel : +33.1.6 87 03 66 55 Fax : +33.1.42 75 69 01 michel.massacret@wanadoo.fr

Consultants**M. le Professeur Philippe-Jean PARQUET**

295 rue Saint-Jacques
75005 Paris
FRANCE

Tel : +33 6 08 47 60 70 Fax : +33 1 46 34 11 91 philippe.parquet@laposte.net

M. Paul WINDEY

President
Conseil National du Travail
Avenue de la Joyeuse Entrée 17-21
B-1040 Bruxelles
BELGIUM

Tel: +32 2 233 88 83 Fax: +32 2 233 89 38 windey@nar-cnt.be

Belgium / Belgique**Mme Veronique CRUTZEN**

Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale
1, Ernest Blerotstreet
B-1070 Brussels
BELGIUM

Tel : Fax : 32 2 233 42 57 veronique.crutzen@emploi.belgique.be

Croatia / Croatie

Apologies / excusé

Cyprus / Chypre

Apologies / excusé

Estonia / Estonie

Apologies / excusé

France

M. Daniel RATIER

Chargé de mission
Délégation Générale du Travail - Paris
39-45, quai André-Citroën
F- 75902 Paris Cedex 15
FRANCE

Tel : +33.1. 44 38 27 30 Fax : +33.1 daniel.ratier@travail.gouv.fr

Greece / Grèce

Apologies / excusé

Italy / Italie

Prof Franco TAGLIARO

Expert
Department for Anti Drug Policies of the
Presidency of the Council of Ministers
Via Po 16A
00198 Rome
ITALY

Tel: +39 4 581 246 18 Fax: +39 4 580 276 23 franco.tagliaro@univr.it

Lithuania / Lituanie

Mme Vida LEONIENÉ

Drug, Tobacco and Alcohol Control Department
Šv. Stepono str. 27
Vilnius
LITHUANIA

Tel : +47 906 306 57 vida.leoniene@ntakd.lt

Luxembourg

Dr Robert H. GOERENS

Médecin inspecteur du travail
Ministère/Direction de la Santé
Division de la Santé au Travail
Villa Louvigny
L-2120 LUXEMBOURG

Tel : +352 247 85629 Fax: +352 46 79 60 dsat_lu@ms.etat.lu ou robert.goerens@ms.etat.lu

Netherlands / Pays-Bas

Apologies / excusé

Norway / Norvège

M. Kjetil FROYLAND

Director
AKAN Workplace Advisory Centre
Postboks 8822
Youngstorget
0028 Oslo
NORWAY

Tel : +47 906 306 57 kjetil.froyland@akan.no

Portugal

Apologies / excusé

Slovak Republic / République Slovaque

Apologies / excusé

Slovenia / Slovenie

Mme Nataša DERNOVŠČEK HAFNER

Workplace Health Promotion Specialist
University Medical Centre Ljubljana
Clinical Institute of Occupational, Traffic and Sport Medicine
Poljanski nasip 58
Ljubljana 1000
SLOVENIA

Tel : +386.1. 522 26 95 Fax : +386.1.522 24 78 natasa.dernovscek@guest.arnes.si

Spain / Espagne

Apologies / excusé

Sweden / Suède

Ms Helena LÖFGREN

Public Health Planning Officer
Swedish National Institute of Public Health
Department of Drug Prevention
Forskarens väg 3
SE-831 40 Östersund
SWEDEN

Tel: +46 63 19 97 91 Fax: +46 63 19 96 02 helena.lofgren@fhi.se

European Trade Union Confederation (ETUC) / Confédération européenne des syndicats (CES)

Apologies / excusé

International Labour Organisation (ILO) / Organisation Internationale du travail (OIT)

Apologies / excusé

BusinessEurope

Apologies / excusé

Secretariat

Ms Eva KOPROLIN

Pompidou Group
Council of Europe
F – 67075 Strasbourg Cedex
Web site: <http://www.pompidou.int>

Tel: +33 3 88 41 29.24 Fax: +33 3 88 41 27 85 Eva.koprolin@coe.int

Ms Audrey TUMULTY

Pompidou Group
Web site: <http://www.pompidou.int>

Tel: +33 3 88 41 29.24 Fax: +33 3 88 41 27 85 audrey.tumulty@coe.int

ANNEXE II

L'ordre du jour

1 Ouverture de la réunion

- adoption de l'ordre du jour
- récapitulation des décisions prises lors de la 1^{ère} réunion
- présentation de nouveaux participants éventuels
- informations éventuelles sur des prises de position ou recommandations faites au niveau des pays représentés ou au niveau international

2 Présentation du document de synthèse

établi par M. Michel MASSACRET (MILDT), M. le Professeur Philippe-Jean PARQUET (psychiatre, addictologue) et Paul WINDEY (Conseil National du Travail de Belgique) sur la base des contributions écrites nationales

3 Examen une à une des canevas de travail proposées par les consultants et la présidence de séance

4 Approfondissent : « La consommation de drogues par la population active »

- intervention du Professeur Parquet (psychiatre, addictologue) sur les facteurs individuels de protection et de vulnérabilité à prendre en compte pour déterminer des stratégies de prévention
- Intervention de M. Paul WINDEY, juriste (droit du travail), Président du Conseil National du Travail (Belgique), sur les facteurs collectifs à prendre en compte pour une prévention collective en milieu de travail

5 Echanges préliminaires quant à l'organisation de la conférence internationale prévue pour 2012

- échange quant aux intervenants potentiels et au contenu du programme ;
- titre de la conférence ;
- liste des tâches à accomplir par les différentes délégations, par les CPs, par le Secrétariat, par la Présidence ;
- calendrier des tâches à accomplir ;
- date de la conférence.

5 Questions diverses

6 Date de la troisième réunion du groupe d'experts

Paris, février 2012

ANNEXE III

CONTRIBUTION du PROFESSEUR PHILIPPE JEAN PARQUET
Strasbourg 21 et 22 Novembre 2011.

Le concept de CONDUITE ADDICTIVE :

Toute conception des politiques en matière de conduites addictives repose sur la définition de celles-ci. Toute uniformisation des politiques en ce domaine repose d'abord sur le partage d'une conception commune. Ceci sera le premier point de notre exposé. Il faut d'emblée faire remarquer que cette conception a variée dans le temps, et, que cette évolution laisse persister des approches différenciées qui cohabitent.

L'APPROCHE EXCLUSIVE « PRODUIT »

Compte tenu de données acquises par la recherche scientifique, une approche essentiellement basée sur les « produits » a été prônée. Les données acquises par la pharmacologie et plus récemment par la neuro-psychopharmacologie, ont permis de mieux comprendre les effets des substances psychotropes sur le système nerveux central et sur l'ensemble de l'organisme. Ceci a permis de mieux comprendre les effets cliniques, et notamment comportementaux, de la consommation aiguë ou chronique de ces substances. On a été amené à insister sur les différences entre ces substances. Le tabac, l'alcool, l'héroïne, le cannabis, les amphétamines ont été essentiellement perçus quant à leurs singularités. De cela, il en a découlé une conceptualisation, des représentations, des politiques sanitaire, sociale, culturelle et législative propre à chaque produit ; on définissait l'alcoolisme, le tabagisme, l'héroïnomanie, la cocaïnomanie etc. Les consommations étaient perçues comme des intoxications, mais des intoxications relevant de prises en charges sanitaires basées sur le sevrage et prônant l'abstinence. Les dispositifs sanitaires, sociaux, réglementaires et législatifs devaient donc être distincts. Cette approche exclusivement centrée sur les « produits » était l'approche dominante jusqu'il y a quelques temps. D'autre part, la familiarité de telle ou telle population avec tel ou tel produit a fait que la consommation de certains était déclarée licite, l'alcool par exemple et que la consommation d'autres, le cannabis et la cocaïne était déclarée illicite. Dans ce cas de figure, il fallait réprimer la consommation et interdire l'offre de ces produits et réprimer le trafic. Enfin, la capacité que nous avons avec ce bricolage chimique de modifier notre vie psychique, affective et sociale, la capacité que nous avons de nous donner du plaisir nous a amené à inscrire dans le cadre des sociabilités et de la morale individuelle et collective ces comportements de consommation.

LE CONCEPT de SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Notre conception des toxicomanies, de l'alcoolisme, du tabagisme reposait essentiellement sur cette approche. Cependant une meilleure compréhension des comportements humains quant à leurs mécanismes neurobiologiques est venu battre en brèche cette approche réductionniste de deux manières. Toutes ces substances possèdent une activité commune au delà de leur pharmacologie propre elles agissent sur le système nerveux central par l'intermédiaire d'un même neuro transmetteur, la dopamine sur une partie spécifique du cerveau le système de récompense. Ceci a pour effet de pousser la personne à répéter le comportement qui procure du plaisir. Ceci se nomme le pouvoir addictogène. Il convient donc de considérer toutes ces substances comme une grande entité les substances psychoactives. Cette révolution conceptuelle explique l'évolution que nous constatons.

LES CONDUITES ADDICTIVES Une autre approche :un comportement humain.

Les consommations de substances psychoactives ne peuvent plus être considérées comme des intoxications mais comme des comportements humains multi déterminés, mais possédant des caractéristiques communes notamment une propension à la répétition et la probabilité d'évoluer vers une conduite de dépendance.

LES CONDUITES ADDICTIVES : UN ENSEMBLE de CONDUITES

Les conduites peuvent être divisées en trois familles: la conduite de dépendance, l'usage nocif c'est-à-dire une conduite de consommation induisant des dysfonctionnement et des dommages somatiques psychiques, sociaux culturels et économiques.

La conduite de DÉPENDANCE est facile à identifier, à repérer. Il s'agit d'un « mode d'utilisation inappropriée d'une substance entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif comme en témoignent « plusieurs critères D S M (APA). Ces critères ont été internationalement validés. Deux de ces critères ont un intérêt plus particulier dans le cadre de nos travaux: il s'agit de l'impossibilité d'arrêter les consommations même si on le souhaite et si on en perçoit bien les effets dommageables induits. La mise à distance ou l'exclusion de tout ce qui n'a pas de relation avec les consommations qui occupent pratiquement tout l'espace de la personne. Même si la conduite de dépendance n'est pas la plus fréquente des conduites addictives, elle est la plus grave et la plus préjudiciable pour la personne; elle altère gravement la totalité de la vie de la personne. Elle est particulièrement préjudiciable au salarié quant à ses compétences professionnelles. Il s'agit d'une conduite pathologique qui relève du domaine sanitaire. Elle nécessite donc une approche différenciée dans l'entreprise: son repérage par l'encadrement, son diagnostic par l'équipe de santé au travail, son orientation vers un dispositif externe de prise en charge spécialisée, son accompagnement vers celle-ci, la réinsertion dans l'entreprise après la période soignante. L'entreprise a tout intérêt à repérer cette conduite de dépendance en raison des dysfonctionnements induits et des risques pour la sécurité.

L'USAGE NOCIF

Il s'agit de la plus fréquente des conduites addictives. Elle se caractérise par des conduites de consommation de substances psycho actives soit aiguës soit paroxystiques, soit chroniques. Elle n'implique pas obligatoirement une consommation importante de produits, dans certaines situations une faible quantité consommée peut avoir de graves conséquences. Cette conduite est caractérisée par la survenue de dommages, physiques, psychiques, psychologiques, comportementaux. Son intensité est très variable mais on retrouve toujours les critères suivants :

- « utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des occupations majeures, au travail, à l'école ou à la maison ;
- l'utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;
- l'utilisation d'une substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux persistants ou récurrents » D S M (A.P A).

Cette conduite implique une approche de la conduite addictive elle-même et une approche spécifique du type de dommage induit par exemple risque sanitaire, troubles du comportement et des conduites, risque sécuritaire. Ce type de conduite est celle qui est le plus souvent rencontrée dans l'entreprise et qui pose le plus de problèmes dans son repérage et sa gestion. Celle ci peut répondre à plusieurs objectifs :

- identification d'une altération des compétences professionnelles de la personne;
- probabilité d'une situation ou d'un comportement ayant trait à la sécurité individuelle ou collective;
- atteinte à la santé de la personne;
- risque pour l'entreprise.

La politique de l'entreprise se doit actuellement de ne plus s'en tenir à une approche exclusivement sécuritaire mais tout autant à une approche sanitaire. La mise en acte de ces deux approches doit être clairement identifiée. Les rôles des acteurs et les processus doivent être contractuellement définis: à l'encadrement l'identification et le repérage d'un

dysfonctionnement ou d'un risque potentiel, à l'équipe de santé au travail son imputabilité à une conduite addictive et les mesures à prendre ou à recommander.

L'USAGE INDIVIDUELLEMENT et SOCIALEMENT REGLE.

Il s'agit de conduites de consommation qui n'induisent ni dommages ni altération évidente des aptitudes et des compétences. Ces conduites sont cependant à risque car elles peuvent marquer le début d'une évolution vers l'usage nocif ou vers la dépendance justifiant l'approche sanitaire, mais sous l'influence concomitante de certains facteurs peuvent survenir des aléas préjudiciables à la santé et à la sécurité. La gestion de ce type de conduite est particulièrement délicate, car il s'agit d'apprécier un risque potentiel qui n'est pas déterminé uniquement par la conduite de consommation mais aussi par l'adjonction d'autres facteurs potentialisant

LES CONDUITES ADDICTIVES COMME CONDUITE HUMAINE.

Comme toute conduite humaine les conduites addictives sont multi déterminées. Elles sont déterminées à l'évidence par les propriétés pharmacodynamiques spécifiques des substances consommées. Les effets de l'alcool, du cannabis et des substances psycho stimulantes sont différents, ainsi que leurs répercussions. A consommation égale, certaines personnes possèdent des facteurs de protection qui les mettent à l'abri des effets addictogène ou d'autres effets néfastes, alors que d'autres présentent des facteurs de vulnérabilité qui favorisent le pouvoir addictogène et la survenue des effets dommageables. Ces facteurs sont génétiques, biologiques, psychologiques, voire psychiatriques. Les consommations sont susceptibles de déclencher des pathologies somatiques mais surtout des pathologies mentales état dépressif, troubles des conduites et du caractère, schizophrénie, déficit intellectuel susceptibles d'altérer gravement les compétences des personnes. Les consommations sont influencées par la disponibilité et l'accessibilité aux produits, et par la prévalence des consommations dans le groupe social de la personne. Les modes de consommation aigue, paroxystique, épisodique, régulière ont sans conteste une influence considérable. Les conditions de la consommation et leur contexte sont essentiels à la compréhension des effets des consommations. Une consommation d'alcool par exemple chez la femme enceinte représente un risque tératogène sur le fœtus de manière spécifique, les effets sur la conduite de véhicules sont un cas exemplaire. Les conditions de travail module l'expression et les conséquences des conduites de consommations; Ce facteur est appelé facteur situationnel; il est toujours difficile à apprécier. Cela veut dire que les conditions de travail sont susceptibles d'être considérés comme des déterminants addictogènes, il s'agit de conduites induites, qui se différencie des conduites de consommation dans la vie quotidienne, on parle alors de conduites importées ou conduites addictives d'adaptation. Notons par ailleurs, la différence entre les conduites de consommation individuelles et les consommations collectives qui font souvent partie intégrante de la vie des entreprises et des groupes. Elles nécessitent des approches différentes.

ELEMENTS DE CONCLUSION

Pour qu'une politique soit commune et cohérente, il est nécessaire que nous partagions une conception partagée, basée sur le concept de conduite addictive, et sur leur diversité. Les rôles des acteurs doivent clairement être précisés. Pour l'employeur la valeur marchande du travail est fondée sur les compétences du salarié, et sur l'adaptabilité et l'adhésion de chacun au projet de l'entreprise. Par voie de conséquences seul le repérage des dysfonctionnements constatés dans l'exécution des tâches, éventuellement générés par les conduites addictives revient à l'entreprise, le diagnostic revient à l'équipe de santé au travail. Le recours à des intervenants extérieurs doit être l'objet d'une convention d'objectifs pertinents. L'approche sécurité et l'approche sanitaire doivent être menée conjointement. La politique de prévention des risques pour la sécurité et celle pour la prévention des dommages pour la santé doivent être élaborée et mise en place dans une dynamique concertée et contractuellement négociée. La politique de l'entreprise en matière de

conduites addictives doit être en cohérence avec l'autre politique mise en place par l'entreprise concernant d'autres thématiques, mais aussi avec les politiques nationales.

ANNEXE IV

Contribution au volet « Prévention collective »

M. Paul WINDEY
Juriste (Droit du travail)

Nécessité d'une politique préventive (Substances Psycho-Actives – SPA) dans les entreprises

- La diversité des produits concernés (drogues illicites, alcool, autres substances psycho-actives) rend une politique purement prohibitive inefficace. Au croisement de plusieurs obligations et libertés fondamentales, l'action disciplinaire ne saurait suffire.
- La complexification de la vie des entreprises accroît leur vulnérabilité aux conséquences de la consommation de SPA en termes de :
 - Perturbation de l'organisation et de la productivité
 - Diminution des capacités des travailleurs
 - Risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, de leurs collègues et le cas échéant de tiers
 - Relations entre collègues
- La consommation *problématique* de SPA aggrave sérieusement ces conséquences, au niveau tant de la santé du travailleur que des risques pour lui-même, ses collègues, des tiers et/ou les biens de l'entreprise.
- Même si tous les travailleurs ne sont pas individuellement confrontés à la problématique, c'est un facteur qui peut influencer négativement la sécurité, la santé et le bien-être de tous les travailleurs.
- Il y a une interaction claire entre l'usage et les conséquences des SPA en dehors et au sein de l'entreprise, dont il faudra également tenir compte. Les accidents survenus sur le trajet lieu de travail-domicile en font partie.
- L'employeur a la responsabilité première du respect de la santé, de la sécurité et du bien-être dans le milieu de travail
- Il est de l'intérêt de tous dans l'entreprise d'améliorer le fonctionnement au travail, de prévenir les dysfonctionnements et d'y remédier.
- Une politique préventive en matière de SPA a donc bien sa place dans l'entreprise et devrait s'intégrer dans les principes de prévention ; prévention qui, dans la plupart des pays, est prescrite par la législation (voir UE : directive CEE 89/391).
- Le dépistage (tests/repérage) peut, sous certaines conditions à établir, être autorisé, sous la responsabilité des services compétents (santé-sécurité), pour des postes et fonctions de sûreté et de sécurité définis, en respectant le cadre dans lesquels ils peuvent être justifiés, opérés, réglementés ou interdits.

- Plusieurs pays ont déjà élaboré une politique préventive au niveau de l'entreprise, ou ont entamé une réflexion à ce sujet (Luxembourg, Norvège, Portugal, Slovénie, Suède, France, Belgique).

Nécessité d'impliquer les partenaires sociaux et les travailleurs

- Il existe encore trop souvent une méconnaissance, parfois même un déni (« tabou ») de la consommation des SPA (Lux, Grèce, Lituanie). Lever ce déni, intégrer la politique SPA dans la gestion de l'entreprise sera plus prometteur et efficace si au niveau de chaque entreprise, travailleurs et employeur élaborent de concert une politique SPA.
- L'effort même d'organiser une réflexion, d'initier le débat au niveau de l'entreprise est gage de succès.
- Cette réflexion organisée au niveau de l'entreprise garantit également la prise en compte des caractéristiques spécifiques de l'entreprise: une centrale nucléaire n'est pas un restaurant.
- Pour la crédibilité de l'exercice, il importe de viser et de couvrir l'ensemble du personnel et d'appliquer les règles d'une façon conséquente à toutes les catégories de travailleurs ainsi qu'à la hiérarchie.
- Une gestion moderne de l'entreprise nécessite la transparence, la prédictibilité et l'objectivité concernant les droits et obligations. Il convient d'informer et d'impliquer tous les travailleurs. Plus grand est le consensus sur la politique SPA dans l'entreprise, plus grande seront les chances qu'elle soit efficace et suivie.
- La recherche d'une balance équilibrée et acceptée entre les prérogatives des employeurs et la protection de la vie privée est essentielle, surtout pour les « tests » et le rapportage des résultats.

Comment faciliter l'approche collective et préventive ? Facteurs de succès

- Chaque pays a une structure, un paysage juridique et une approche spécifiques. Il convient donc d'**intégrer l'approche collective et préventive** dans cette architecture juridique. Un état de lieu et une description de ce paysage juridique dans toutes ses facettes sont dès lors très utiles:
 - politique générale anti-drogue, politiques sectorielles ;
 - politiques de prévention santé publique ;
 - prise en charge par la sécurité sociale (prévention, approche curative) ;
 - droits et obligations des employeurs/travailleurs (droit national, droit conventionnel, contrats de travail, règlements d'ordre intérieur, etc.) ;
 - droit de la protection de la vie privé ;
 - politique de santé, santé/sécurité au travail.

La récolte et la diffusion de données statistiques peuvent nourrir et objectiver le débat.

Il est nécessaire d'avoir une cohérence entre ces différents facettes, voire une **stratégie intégrée**, d'où l'intérêt d'une collaboration entre les différents autorités compétentes.

- Une approche « top down » imposant une politique « one size fits all » ne peut guère être efficace. Au contraire, il faudra tenir compte des risques possibles et

des capacités à y remédier, qui dépendent de la taille de l'entreprise, de sa structure, de ses méthodes et conditions de travail, ainsi que des produits et de ses relations avec le monde extérieur (client, livreurs, sous-traitants, etc.).

Il convient donc de prévoir cet exercice **au niveau le plus adéquat et approprié**. Les partenaires sociaux au niveau de l'entreprise (les instances existantes) sont les mieux placés à cet égard.

- Toutefois, une impulsion, voir une « **obligation de moyen** » (loi ou engagement formel des partenaires sociaux) peut favoriser le déclenchement de cet exercice dans toutes les entreprises (Belgique, France, Suède, Norvège).
- Il conviendrait d'établir les **principes de base et les conditions essentielles** pour le succès de la démarche préventive : p.ex. :
 - elle devrait être organisée à tous les stades du risque :
 - à la source de celui-ci, afin de l'éviter (respecter les règles de santé et de sécurité, mettre en place des procédures, actions de sensibilisation) ou
 - lorsque le risque se présente (écartement du travailleur, mesures d'accompagnement)
 - être faite sur mesure pour l'entreprise
 - comporter plusieurs domaines : l'analyse des risques, les mesures à prendre par l'employeur, l'information et la formation des travailleurs, les obligations de la ligne hiérarchique et des travailleurs, le rôle des instances internes et externes, problèmes de fonctionnement dus à une éventuelle consommation problématique de SPA, la prévention, le signalement rapide et la remédiation des problèmes de fonctionnement, l'élaboration de la politique en concertation ainsi que son suivi et son évaluation périodique.
 - elle devrait être portée par la direction
 - il est capital d'avoir l'adhésion la plus large possible des travailleurs et de l'employeur
 - concerner l'ensemble des travailleurs
 - favoriser un climat d'ouverture et de confiance
- La préparation et la mise en place d'une politique de prévention, voire d'un plan global de prévention au niveau de l'entreprise, nécessitent une **démarche structurée** et en étapes, mobilisant l'ensemble des relais internes de l'entreprise.
- Une attention particulière doit être accordée au **statut du dépistage** (tests/repérage) pour lequel les conditions, autorisations, droits et obligations devraient être établis clairement.
- Il existe de nombreux outils pour faciliter la confection et la mise en œuvre de cet exercice, en fonction de la taille des entreprises, ex. des guides pratiques, « roadmaps », aperçu des éléments à traiter, ainsi que des exemples de bonnes pratiques.

Il serait souhaitable de favoriser la **distribution de et l'accès à ces outils**, si possible par voie électronique. Il ne faut pas réinventer l'eau chaude (voir France : « Repères », Belgique « Vade-mecum », Suède « Risk use Model », Norvège « Akan-Method book »)

ANNEXE V

ALCOOL, DROGUES ET PREVENTION EN MILIEU PROFESSIONNEL : QUELS ENJEUX, QUELS DEFIS POUR LE GOUVERNEMENTS, L'ENTREPRISE ET LES PERSONNELS ?

PROJET DE PROGRAMME

LUNDI, 14 MAI 2012

14h – 14h10 Accueil par M. Penninckx, Secrétaire exécutif du Groupe Pompidou

14h10 – 14h30 Ouverture par M. Apaire; Président du Groupe Pompidou: (présentation du projet et de sa portée politique)

14h30 – 15h Présentation du cadre de référence issu des travaux du Groupe ad hoc (éléments à prendre en compte et à articuler pour opérer des choix lors de la mise en place de politiques de prévention par Mrs Massacret, Parquet et Windey)

15h – 15h15 Questions, réponses

Points de vue prospectifs d'organisations internationales sur la question :

15h15 – 16h00 Les travaux respectifs concernant la prévention de l'usage de drogues en milieu professionnel : OIT, Business Europe, ETUC

16h00 – 16h30 Pause café

16h30 – 16h45 Les travaux de l'OMS Europe concernant la prévention de l'usage de drogues en milieu professionnel

Prévenir la consommation de drogues et les risques liés en milieu professionnel : quels enjeux ?

16h45 – 17h15 «Les enjeux pour la société, les entreprises et le personnel» (Suède) et questions/réponses

17h15 – 17h45 «Les mutations du marché des drogues : situation actuelle et défis dans l'avenir pour la prévention de l'usage de drogue en milieu professionnel» (Italie) et questions/réponses – à confirmer

MARDI, 15 MAI 2012

Prévenir la consommation de drogues et les risques liés en milieu professionnel : quels défis ?

- 9h30 – 10h «Les paramètres à prendre en compte pour rendre acceptable par tous une politique de prévention dans l'entreprise » (Luxembourg)
- 10h – 10h30 « Les défis majeurs rencontrés sur le terrain dans la mise en place de politiques de prévention et suggestions de solutions » (Belgique)
- 10h30 – 11h Pause café

Les types de prévention en question

- 11h – 11h30 « Les différents types de prévention et des modèles de bonnes pratiques » (Slovénie)
- 11h30 – 12h « Peut on intégrer dans les protocoles d'évaluation des risques professionnels ceux liés aux consommations de produits psychoactifs ? A quelles conditions ? Selon quelles spécificités ? » (Fondation Européenne de Dublin)
- 12h – 12h30 « Programmes de prévention innovants prenant en compte les mutations des modes de vie » (et les représentations des personnes sur les usagers de drogues) (Norvège)
- 12h30 – 14h Pause déjeuner
- 14h – 16h Mise en débat, aux regards des divers apports, du cadre de référence présenté en ouverture de la conférence