

PROYECTO PREVENTION OH

CONVENIO DE FINANCIACIÓN FEDER Nº EFA 199/16

PROJET PREVENTION OH

CONVENTION DE FINANCEMENT FEDER Nº EFA 199/16

PREVENTION

**GUIDE METHODOLOGIQUE D'INTERVENTION
DANS LES STATIONS DE SKI**

Interreg
POCTEFA



FR

Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER)



Sommaire du document

Titre du document: GUIDE METHODOLOGIQUE D'INTERVENTION DANS
LES STATIONS DE SKI

Méthodologie d'intervention conjointe
PREVENTION-OH EFA199/16

Programme: POCTEFA 2014-2020

Projet: PREVENTION-OH

Convention de financement FEDER: N° EFA 199/16

Auteurs: [Service de la Toxicomanie et autres Dépendances du
Gouvernement de La Rioja](#), [Section Dépendance aux Drogues du
Gouvernement d'Aragon](#), Assotiation [BIZIA](#) et Assotiation [ANPAA 31](#)

Date de fin du projet: décembre 2020

Traduction, mise en page et impression: www.traddu.com

INDEX

I. CONSTATS	5
1. CONTEXTES	5
1.1. GÉOGRAPHIQUE	5
1.2. ECONOMIQUE	5
2. PUBLIC CIBLE	9
2.1. PROFIL.....	9
2.2. CARACTÉRISTIQUES.....	10
3. USAGES REPÉRÉS	11
3.1. PRATIQUES	11
3.2. PRODUITS	11
II. CADRE REGLEMENTAIRE ET JURIDIQUE	12
4. CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET MILIEU PROFESSIONNEL	12
4.1. LA LOI EST LA MÊME POUR TOUS DANS LA SPHÈRE PRIVÉE OU AU TRAVAIL	12
4.2. ENCADRER LES CONSOMMATIONS DE PRODUITS LICITES ET ILLICITES, IMPÉRATIF EN PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS	13
5. LES OBLIGATIONS ET DEVOIRS DANS LE MILIEU PROFESSIONNEL FACE AUX CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES.	14
5.1. OBLIGATION DES EMPLOYEURS.....	15
5.2. ORGANISER DES DISPOSITIFS DE CONTRÔLE DES DÉPISTAGES:.....	16
5.3. LA FONCTION PUBLIQUE	17
5.4. LES DEVOIRS DES SALARIÉS:	17
5.5. LES DEVOIRS DES AGENTS PUBLICS :	18
III. OBJECTIFS	19
6. OBJECTIF GENERAL (OG)	19
7. OBJECTIFS SPECIFIQUES (OS)	19
8. OBJECTIFS OPERATIONNELS (OPP)	19

<u>IV. DÉMARCHE D'INTERVENTION.....</u>	<u>21</u>
9. ANALYSE DE LA DEMANDE	21
10. DÉFINITION DES OBJECTIFS	22
11. DÉMARCHE D'INTERVENTION.....	22
11.1. LES OBJECTIFS	23
11.2. ELLE EST MENÉE SELON DES MODALITÉS D'INTERVENTIONS VARIÉES	23
11.3. L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ	23
11.4. LA PROMOTION DE LA SANTÉ	24
11.5. LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES	25
11.6. LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ – L'INIQUITÉ EN SANTÉ (INPES).....	26
11.7. L'EQUITÉ EN SANTÉ (INPES).....	27
11.8. L'EMPOWERMENT	27
11.9. LA PRÉVENTION PAR LES PAIRS	28
11.10. LA PRÉVENTION DES RISQUES ET RÉDUCTION DES DOMMAGES	28
12. DESCRIPTION DES ACTIONS	28
13. DÉMARCHE D'ÉVALUATION	32
<u>V. ACTIONS DÉJÀ MENÉES.....</u>	<u>35</u>
<u>VI. ANEXE 1 QUESTIONNAIRE.....</u>	<u>37</u>
<u>VII. RÉFÉRENCES.....</u>	<u>42</u>

En Aragon, il y a cinq stations de ski: 2 sont exploitées par des opérateurs privés et 3 sont gérées dans le cadre d'une société privée à capital mixte (public/privé) dénommée Aramon (*montañas de Aragón*).

Le chiffre d'affaire des stations de ski du massif représentent au total environ 100M€ mais varient fortement d'une saison à l'autre.

Au plan juridique, trois grands types de modes de gestion des stations de ski peuvent être distingués:

- En régie (autonome ou non), soit une gestion directe par la collectivité territoriale de rattachement;
- Au sein d'une structure intercommunale (syndicat ou communauté des communes);
- Dans le cadre d'une gestion déléguée à un exploitant privé ou à une société d'économie mixte.

L'activité des stations de ski entraîne des retombées économiques et crée des emplois en zones de montagne.

Sur des territoires généralement peu peuplés (200 000 personnes dans la montagne pyrénéenne dont 50 000 en stations *selon le zonage du décret du 16 janvier 2004 relatif à la délimitation des massifs*), où l'activité est réduite, Domaines skiables de France estime que **1M€ investi dans une station de ski emporterait 6 M€ de retombées économiques supplémentaires pour le territoire concerné**. Ces retombées profitent à l'ensemble du territoire et non aux seules communes « supports de stations ».

La main d'œuvre recrutée est majoritairement locale. Elle a régulièrement une double activité sur le territoire. **L'enjeu en termes d'emplois est donc fort**. Leur nombre peut être estimé à plus de 10 000, l'INSEE considérant que le seul secteur salarié induit par l'activité touristique concerne 8600 emplois.

En 2009, dans la zone touristique pyrénéenne, les emplois salariés générés par le **tourisme représentent 16% de l'emploi salarié total**, soit 8600 emplois en moyenne annuelle.

Près de 2/3 de ces emplois sont situés dans les stations:

- Ariège: 56% des emplois lié au tourisme.
- Hautes-Pyrénées: 50% lié au tourisme.
- Haute-Garonne: 4% lié au tourisme (hors Toulouse).

Domaines d'activités:

- Restauration
- Hébergement
- Commerce

Autres activités touristiques:

- Remontées mécaniques
- Thermalisme
- Activités sportives et récréative
- Organisme de tourisme

Essentiellement des employés et des ouvriers

Répartition des emplois saisonniers
selon différents critères démographiques (%)

	Saisonniers d'été	Saisonniers d'hiver
Sexe		
Hommes	39	56
Femmes	61	44
Âge		
Moins de 26 ans	45	34
De 26 à 35 ans	21	32
De 36 à 45 ans	16	18
De 46 à 55 ans	12	12
Plus de 56 ans	6	4
Catégorie professionnelle		
Chefs d'entreprise et cadres	2	1
Professions intermédiaires	14	8
Employés	71	60
Ouvriers	12	31
Temps de travail		
Temps complet	63	77
Temps partiel	37	23
Durée de contrat		
Inférieure ou égale à 1 mois	43	50
Durée moyenne (en jours)	55	52
Rémunération		
Salaire net mensuel moyen pour un temps plein (en euros)	1 300	1 330

Source : Insee - Déclarations annuelles de données sociales (DADS) 2009

L'importance du temps partiel est une caractéristique de l'emploi salarié touristique:

6700 équivalent temps plein (ETP) pour 8600 emplois.

2. Public cible

2.1. Profil

- 63% des contrats comprend surtout des employés aux salaires horaires moyens faibles:
 - Hôtellerie-restauration (majoritairement des femmes avec des salaires horaires faibles).
 - Commerce (plutôt des jeunes femmes à temps partiel avec des contrats courts l'été).
 - Des hommes pour les saisons d'hiver.
- 18% des contrats plus qualifiés: plutôt occupés par des cadres et des professions intermédiaires le plus souvent à temps partiel avec des contrats très courts et des salaires horaires élevés (*campings, villages vacances, résidences de tourisme, activités récréatives et sportives*).
- 14% des contrats plus longs concernent surtout des hommes, ouvriers, âgés entre 26 et 45 ans qui travaillent l'hiver à temps complet avec des contrats > 3 mois pour des salaires horaires assez élevés (la moitié d'entre eux dans les remontées mécaniques).
- 5% des contrats saisonniers signés pour des durées en moyenne plus longues. Principalement par des femmes plutôt âgées et exerçant l'été aux thermes.

2.2. Caractéristiques

Profils:

- « Sédentaires »: implantés sur le territoire, combinent plusieurs activités professionnelles, ont une bonne connaissance des ressources locales, accès aux structures facilité.
- « Saisonniers »: hiver (station de ski) / été (océan), de passage.
- « Travelers »: vivent dans leur camion, errent au gré des opportunités d'emploi (vendanges...). Important leurs consommations.

Conditions de travail:

- La saison est un « condensé », charge de travail lourde, beaucoup d'heures (+ de 39H / semaine), pas ou peu de congés (1 jour/semaine)...

Situation précaire:

- Salaires moyens, pas de logement mis à disposition par les employeurs, peu d'accès à la culture, aux loisirs et aux ressources santé/sociale...

3. Usages repérés

3.1. Pratiques

- «Ravitaillement»: 1^{er} WE de la saison (installation, courses pour remplir le réfrigérateur + drogues...).
- Statut de «saisonnier»: Rite de passage quand ils arrivent pour la première fois dans la station → intégration par le festif.
- Fête: Seul loisir, espace pour «souffler», décompresser...
- Colocation: Qui favorise les occasions pour faire la fête.

2 types:

- Consommations festives.
- Consommations en lien avec les conditions de travail (pour supporter l'ambiance de la structure, mal-être au travail, pour tenir le rythme intense,...).

3.2. Produits

- Tabac: plus on se rapproche de la frontière (Espagne, Andorre) plus les consommations sont importantes.
- Alcool: festif et sur le lieu de travail (restauration).
- Cannabis: consommation banalisée.
- Cocaïne: festif et sur lieu de travail (rythme soutenu).
- MDMA: festif.

II. CADRE REGLEMENTAIRE ET JURIDIQUE

4. Consommations de substances psychoactives et milieu professionnel¹

4.1. La loi est la même pour tous dans la sphère privée ou au travail

- Le Code de santé publique interdit:
 - Le tabac dans les lieux publics.
 - L'usage de substances illicites: Art R 3511-1, L 3421-1 et L 3423-1.
- Le Code de la route sanctionne la conduite sous l'emprise de l'alcool et des stupéfiants, Art L 234-1 et L 235-1.
- Le Code du travail encadre la consommation d'alcool sur le lieu de travail: Art R 4228-20 et R 4228-21.
- Le Code civil rend l'employeur responsable des dommages causés par ses salariés à des tiers Art 1384.
- Le Code pénal sanctionne les auteurs d'une infraction commise en état d'ivresse ou sous l'emprise de stupéfiants Art 211-12, 211-8, 222-191 et 222-201

¹ Voir Fiche Repères « Contrôles et dépistages de consommations de substances psychoactives en milieu professionnel »

4.2. Encadrer les consommations de produits licites et illicites, impératif en prévention des risques professionnels

Dans le cadre de la **sécurité au travail**, la consommation d'alcool est encadrée par deux articles du code du travail:

- I. L'article R.4228-20 qui précise qu' « Aucune boisson alcoolisée autre que le vin, la bière, le cidre et le poiré n'est autorisée sur le lieu de travail.

Lorsque la consommation de boissons alcoolisées, dans les conditions fixées au premier alinéa, est susceptible de porter atteinte à la sécurité et la santé physique et mentale des travailleurs, l'employeur, en application de l'article L. 4121-1 du code du travail, prévoit dans le règlement intérieur ou, à défaut, par note de service les mesures permettant de protéger la santé et la sécurité des travailleurs et de prévenir tout risque d'accident. Ces mesures, qui peuvent notamment prendre la forme d'une limitation voire d'une interdiction de cette consommation, doivent être proportionnées au but recherché. »

- II. L'article R.4228-21 qui précise qu' « Il est interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse », se réfère principalement à la responsabilité du chef d'établissement.

De même, l'employeur doit rappeler dans un règlement intérieur, ou un texte faisant office, que l'usage, la détention et la distribution de produits illicites sont interdits dans l'établissement pour des raisons de sécurité au travail.

Même si le code du travail ne les mentionne pas, la consommation de produits illicites peut avoir des conséquences graves pour la sécurité et la santé au travail. L'employeur peut rappeler les sanctions précisées dans le code

pénal et le code de la santé publique relatives au transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition, l'emploi et l'usage illicites de stupéfiants.

Dans le cadre de la **santé au travail**, la prévention des consommations de produits illicites figure dans les missions des services de santé au travail qui « (...) conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin (...) de prévenir la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu de travail ». Cette mission tend donc à classer les mesures de prévention ou les procédures de contrôle de produits psychoactifs dans le cadre de la santé au travail.

L'employeur peut rappeler qu'il est interdit d'introduire, de distribuer ou de consommer sur son lieu de travail des produits psychoactifs. Devant répondre de son obligation de sécurité, l'employeur peut interdire ou limiter les consommations de produits psychoactifs. Il est conseillé d'inscrire ces règles dans le règlement intérieur, dans ses annexes ou dans une note « sécurité au travail » et de motiver toute interdiction par des raisons de protection de la sécurité et de la santé au travail.

5. Les obligations et devoirs dans le milieu professionnel face aux consommations de substances psychoactives

Depuis 2001, les employeurs ont des obligations renforcées de prévention des risques professionnels, dans les deux cadres réglementaires de la prévention des risques professionnels (dispositifs élaborés de 1991 à 2005) et de la protection de la santé au travail.

Le règlement intérieur est l'un des instruments réglementaires essentiels dans les démarches de prévention des risques professionnels. C'est en effet l'outil réglementaire le plus cité, le plus actualisé depuis 2001, le plus précis et proche des situations et conditions de travail.

5.1. Obligation des employeurs

Les deux notions de santé au travail et de prévention des risques professionnels, encadrées depuis la Directive européenne du 12 juin 1989, et sa transposition dans la réglementation française (1991 et 2001), sont devenues des obligations réglementaires, traduites par l'expression de l'obligation de sécurité de résultat.

Pour gérer les éventuelles conséquences de conduites addictives, l'employeur tient compte de deux obligations:

- **La sécurité au travail et la sécurité de résultat**, expression de la Cour de Cassation précisant qu'un employeur ne peut se contenter – par exemple - d'afficher des messages de prévention; il doit s'assurer que ces messages sont effectivement appliqués dans tous les lieux de travail.
- **La protection de la santé au travail** qui exige l'application effective de tous les moyens de protection sur les lieux de travail (sécurité routière, éventuelles expositions à des produits dangereux comme l'amiante, surveillance médicale renforcée ou examens complémentaires pour les publics exposés à des risques particuliers).

Pour répondre à ces obligations, les employeurs peuvent utiliser quatre types d'instruments réglementaires de prévention des risques professionnels:

1. La loi, transcrite principalement dans le code du travail, le code de la route et le code de la santé publique,
2. Le règlement intérieur, fondement des règles internes en sécurité et en santé au travail,
3. Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), résultat de l'analyse des risques professionnels en sécurité et santé au travail,

4. Les outils de contrôle par éthylotest ou par dépistage salivaire, admis dans le cadre de l'obligation de sécurité depuis l'arrêt du Conseil d'Etat de 2016.

5.2. Organiser des dispositifs de contrôle des dépistages

Le règlement intérieur peut prévoir le recours à des outils de contrôle pour dépister les consommations de produits psychoactifs sous certaines conditions:

Il ne peut pas organiser de contrôles par dépistages systématiques. Cela porterait atteinte aux droits et libertés des salariés. La jurisprudence du travail du Conseil de Prud'hommes de Grenoble précisait en 2013 que le test de dépistage doit être justifié par le risque d'accident lié à la consommation de substances illicites ou licites et que le contrôle doit être proportionné à l'objectif : prévenir ou faire cesser une situation dangereuse.

L'employeur ne peut imposer à tout le personnel des dépistages généralisés. Il doit établir une liste de postes et de risques professionnels au moyen de la méthode d'évaluation des risques professionnels. Il peut aussi annexer ou mentionner cette liste au document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), ou au règlement intérieur.

Enfin, le règlement intérieur doit prévoir les modalités de contrôles par dépistage, l'information préalable au salarié concerné et la possibilité pour le.s poste.s concerné.s de demander un autre contrôle en présence d'un collègue de son choix.

5.3. La fonction publique

- Fonctionnaires et contractuels de droit public de l'État, des collectivités territoriales et de la fonction publique hospitalière → statuts réglementaires pour leurs conditions d'emploi.
- **Décret n° 82-453 du 28 mai 1982 et le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 modifié par Décret n° 2012-170 du 3 février 2012** relatifs à l'hygiène et la sécurité du travail et à la prévention médicale → mêmes règles que les employeurs privés dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité.
- Contrôle → inspection « interne »: ACFI (Agent Chargé de la Fonction d'Inspection). Pas de droit de poursuite, ni d'injonction.

5.4. Les devoirs des salariés

- Obligation d'alerte: Signaler toute situation de danger grave et imminent: Art L4131-1 du Code du travail.
- Obligation de sécurité: «prendre soin de sa santé et de sa sécurité ainsi que celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail» Loi sur la prévention des risques professionnels du 31/12/91.
- Obligations du contrat de travail:
 - Exécution consciencieuse du travail → comportement de nature à éviter les erreurs ou négligences.
 - Respect du R.I.

5.5. Les devoirs des agents publics

Tout manquement aux dispositions du Code de Santé Publique et au décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène, à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique, est susceptible d'être qualifié de faute disciplinaire (article 29 de la loi no 83-634 du 13 juillet 1983) → sanctions disciplinaires prévues dans le statut de la fonction publique.

L'autorité disciplinaire apprécie le degré de sévérité de la sanction à infliger en fonction du degré de gravité des faits (dangerosité du comportement, caractère délibéré ou non de la mise en danger des personnes ou des biens, prise en compte ou non des règles édictées...).

- L'appartenance à la fonction publique impose des obligations communes à tous les agents publics dans l'exercice ou en dehors de leur fonction en contrepartie desquelles ils bénéficient de certains droits fondamentaux.
- Tous les agents publics qu'ils soient fonctionnaires, stagiaires ou non titulaires ont des obligations.
- RÉFÉRENCE STATUTAIRE: Article 28 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983.

OBJET DE L'OBLIGATION D'OBEISSANCE HIERARCHIQUE Le fonctionnaire doit se conformer aux instructions écrites et orales de son supérieur hiérarchique afin d'assurer la bonne exécution et la continuité du service public. Le devoir d'obéissance impose aux agents de respecter les textes législatifs et réglementaires de toute nature.

III. OBJECTIFS

6. Objectif general (OG)

Réaliser des actions d'information et de sensibilisation liées à la promotion de la santé et la prévention de la consommation d'alcool et d'autres drogues adressées aux professionnels des stations de ski.

7. Objectifs spécifiques (OS)

1. Travailler sur les représentations des consommations de substances psychoactives.
2. Rappeler la réglementation sur la consommation des substances psychoactives et la législation au travail.
3. Échanger sur les pratiques, travailler sur le positionnement (discours, attitude, cadre professionnel...).
4. Donner les moyens aux personnes de réduire les risques dans leurs pratiques.

8. Objectifs opérationnels (OP)

1. Faire évoluer les représentations des professionnels sur la consommation des substances psychoactives.
2. Susciter la réflexion des professionnels sur leur positionnement professionnel concernant la consommation de substances psychoactives.
3. Interrogerles saisonniers sur les attitudes à adopter face à un collègue qui présente des conduites à risques.
4. Informer les saisonniers sur le repérage des personnes ressources, des structures d'aides et de soins spécialisés.

5. Constituer avec les professionnels des stations de ski de un groupe relais de prévention permettant de réfléchir aux attitudes à adopter face à un collègue en difficulté.
6. Distribuer du matériel de réduction des risques.

IV. DÉMARCHE D'INTERVENTION

9. Analyse de la demande

Il s'agit là de déterminer avec la station de ski concernée quelle démarche de prévention elle souhaite développer.

- Le public visé par l'action :
 - Tous les salariés travaillant dans les stations.
 - Une partie des salariés (ex: les techniciens des remontées mécaniques etc...).
 - Un groupe «prévention» relais d'information auprès des collègues.... Etc.
 - Les managers.
- Déterminer les actions déjà menées (voir les points forts et les points faibles).
- Le contexte local: les acteurs institutionnels et associatifs concernés et à mobiliser.
- Les priorités de santé publique (plans nationaux, orientations régionales en santé publique, plans locaux de santé).

A l'issue de cette analyse définir PROBLÉMATIQUES ET PRIORITÉS pour l'action pour ensuite définir les objectifs.

10. Définition des objectifs

OBJECTIF SPECIFIQUE 1	OBJECTIF SPECIFIQUE 2	OBJECTIF SPECIFIQUE 3
Permettre de travailler sur les représentations des consommations de substances psychoactives.	Rappeler la réglementation sur la consommation des substances psychoactives et la législation au travail.	Permettre d'échanger sur les pratiques, travailler sur le positionnement (discours, attitude, cadre professionnel...).

OBJECTIF OPERATIONNEL 1	OBJECTIF OPERATIONNEL 2	OBJECTIF OPERATIONNEL 3	OBJECTIF OPERATIONNEL 4	OBJECTIF OPERATIONNEL 5
Faire évoluer les représentations des professionnels sur la consommation des substances psychoactives.	Susciter la réflexion des saisonniers sur leur positionnement professionnel concernant la consommation de substances psychoactives.	Interroger les saisonniers sur les attitudes à adopter face à un collègue qui présente des conduites à risques.	Informers les saisonniers sur le repérage des personnes ressources, des structures d'aides et de soins spécialisés.	Constituer avec les professionnels des stations de ski de un groupe relais de prévention.

11. Démarche d'intervention

L'intervention s'inscrit dans une démarche globale, durable, évaluative, basée sur des méthodologies reconnues, validées, dans un objectif constant de qualité. Elle est menée par des professionnels formés qui utilisent des outils validés.

11.1. Les objectifs

- Renforcer les compétences individuelles et collectives à faire des choix favorables à la santé et les mettre en œuvre dans le respect de tous et de l'identité de chacun;
- Accompagner la mise en œuvre de ces choix et aider à assumer les changements qu'ils impliquent;
- Prévenir en matière de consommation de substances psycho actives le passage de l'usage à l'usage à risque, l'usage nocif, la dépendance;
- Réduire les dommages liés à la consommation de substances psycho actives et aux conduites à risque;
- Responsabiliser les publics au niveau collectif et individuel;
- Favoriser le repérage précoce et l'accès à l'accompagnement et au soin.

11.2. Elle est menée selon des modalités d'interventions variées

- La sensibilisation, l'information, les groupes d'échange et le développement des compétences psycho sociales, dans une démarche d'éducation et de promotion pour la santé;
- La prévention des risques et des dommages;
- La formation des personnes relais.

11.3. L'éducation pour la santé

L'OMS définit l'éducation pour la santé comme l'ensemble des moyens permettant d'aider les individus et les groupes à adopter des comportements favorables à leur santé.

L'éducation pour la santé ne se résume pas à une information pour la santé. Elle va plus loin, en cherchant à donner aux individus à la fois les savoirs, savoir-être et savoir-faire, nécessaires afin de pouvoir, s'ils le

souhaitent, changer de comportement ou renforcer des comportements favorables à leur santé et à celle de la communauté.

La santé n'est pas considérée ici comme un état de bien-être à atteindre, mais comme une ressource de la vie quotidienne, et c'est à l'individu de faire ses arbitrages, de trouver son équilibre et de déterminer ce qui est bon pour lui.

L'éducation pour la santé vise alors à permettre à chacun de faire des choix responsables en matière de comportements ayant une influence sur sa santé et celle de la communauté.

11.4. La Promotion de la santé

La définition de la promotion de la santé se réfère au texte de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de 1986, émanation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS):

« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la «santé» comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire: elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être ».

(Adapté de Commission Européenne, Rusch E (coord), Glossaire Européen en Santé Publique. Nutbeam D, OMS Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg: Editions promotion de la santé, janvier 1998: 25p OMS Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. OMS 1^{ère} conférence internationale pour la promotion de la santé. Ottawa, Canada, 21 novembre 1986).

11.5. Les compétences psychosociales

C'est la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé au sens large, en matière de bien-être physique, mental et social et plus particulièrement, quand les problèmes de santé sont liés à un comportement. Quand le comportement est lié à une incapacité à répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie, l'amélioration de la compétence psychosociale pourrait être un élément important dans la promotion de la santé et du bien-être, puisque les comportements sont de plus en plus impliqués dans l'origine des problèmes de santé.

Les 10 compétences psychosociales:

- Apprendre à résoudre les problèmes.
- Apprendre à prendre des décisions.
- Développer la pensée créative.
- Développer l'esprit critique.
- Communiquer efficacement.
- Développer des aptitudes relationnelles.
- Avoir conscience de soi-même.
- Avoir de l'empathie pour les autres.
- Faire face à son stress.
- Faire face aux émotions.

Il s'agit d'accroître les compétences des bénéficiaires, à « agir pour » et non à « lutter contre ». La finalité n'est donc pas de lutter contre des

comportements de consommations à risques, qui contribuent bien souvent à stigmatiser ce comportement et la personne qui l'adopte et renforce ainsi à son isolement social, mais bien de permettre l'émergence du sujet c'est-à-dire de développer son autonomie, sa liberté et sa responsabilité.

Le développement des compétences psychosociales comme objectif de projet permet une approche transversale non centrée sur l'usage de produits. Cela permet de « redonner toute son importance aux influences sociales dans la genèse des attitudes et des comportements liés à la santé. C'est une réflexion sur le lien entre soi et l'environnement qui devient le noyau du programme ». (*Pierre Arwidson, « le développement des compétences psychosociales », in B. Sandrin-Berthon, Apprendre la santé à l'école, Paris, ESF, 1997*).

11.6. Les Inégalités sociales de santé – L'iniquité en santé (INPES)

Les inégalités sociales de santé sont considérées comme de véritables iniquités en santé, c'est-à-dire comme des «différences dans le domaine de la santé qui sont inacceptables et potentiellement évitables, mais de plus, qui sont considérées comme inéquitables et injustes. Le terme a donc une dimension morale et éthique». Elles sont considérées comme liées à l'inégale répartition des chances au départ.

Les inégalités sociales de santé ne sont pas synonymes de précarité, de pauvreté ou d'exclusion sociale. Elles existent au sein de la société selon un gradient social. Les ISS peuvent être distinguées des inégalités de santé (sans l'adjectif «sociales»), qui ne relèvent pas de la justice sociale, mais d'autres facteurs (génétiques comme d'être un homme ou une femme, physiologiques comme d'être jeune ou âgé). En pratique, les deux termes «inégalités de santé» et «inégalités sociales de santé» sont utilisés de manière indifférenciée. L'OMS a substitué à ces deux termes, celui d'«iniquité» dans la version européenne de «La santé pour tous». Cette notion de l'équité en santé renvoie à la théorie de la justice sociale et au développement des conditions favorables à la santé pour tous.

11.7. L'Équité en santé (INPES)

L'équité en santé sous-entend justice. Seuls les besoins des personnes, et aucun autre facteur, guident la distribution des services, des bénéfices, etc. Elle implique qu'idéalement chacun devrait avoir l'opportunité d'atteindre son plein potentiel de santé. De manière plus pragmatique, personne ne devrait être désavantagé pour la réalisation de ce potentiel, si cela peut être évité. Les politiques d'équité sont donc soucieuses de créer des opportunités égales pour la santé et de réduire les écarts de santé au niveau le plus faible possible. Cette notion de l'équité en santé renvoie à la théorie de la justice sociale et au développement de conditions favorables à la santé pour tous.

11.8. L'Empowerment

(Commission Européenne, Rush E (coord), Glossaire Européen en santé publique).

Processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leur vie afin d'acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique.

Leur estime de soi est renforcée, leur sens critique, leur capacité de prise de décision et leur capacité d'action sont favorisés. Toute personne est considérée comme disposant de forces et de ressources. Les processus d'empowerment ne peuvent pas être produits, seulement favorisés.

En référence à la Charte d'Ottawa, une intervention de promotion de la santé est considérée comme efficace à partir du moment où elle contribue effectivement à renforcer la capacité d'un individu ou d'un groupe à agir sur les déterminants de sa santé *(Davies & MacDonald, 1998; Nutbeam, 2000)*.

Ainsi défini, l'empowerment devient le critère principal de succès de la promotion de la santé.

11.9. La Prévention par les pairs

(Commission européenne, Rush E. (coord.) Glossaire européen en santé publique).

Approche éducative qui permet à des pairs de se réunir et d'échanger. Les pairs sont des personnes présentant des caractéristiques communes d'âge, de situation sociale ou culturelle, de préférences et de perspectives. Elle implique un échange d'informations et d'opinions avec d'autres personnes afin de mettre en cause des comportements, de corriger des informations fausses et de stimuler des attitudes positives vis-à-vis de la santé. Cette approche repose sur le fait qu'à certains moments de la vie, particulièrement dans la jeunesse, l'influence des pairs est plus grande que d'autres voies d'influence.

11.10. La Prévention des risques et réduction des dommages

(Morel A., Couteron JP. Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner. Paris, Dunod, 2008. Page 228).

Prévenir les risques et réduire les dommages ou méfaits causés par le comportement à risque. L'objectif est en priorité de prévenir les dommages occasionnés par les consommations de substances psychoactives. Il ne s'agit pas de s'attaquer à ce qui motive la consommation, mais d'en maîtriser, autant que faire se peut, les effets nuisibles. Il ne s'agit pas de stopper l'addiction, mais d'éviter les complications et de le faire en impliquant l'utilisateur lui-même.

12. Description des actions

1. Prise de contact avec les acteurs locaux. Acteurs identifiés:

- Directeurs des stations de ski
- Directeurs des régies des stations de ski
- Élus

- Professionnels de santé des vallées
- Professionnels de l'hôtellerie restauration des stations de ski
- Professionnels du tourisme
- Professionnels des loisirs

2. Elaboration d'un diagnostic partagé + Passation d'un questionnaire:
Qui permet de réaliser un état des lieux des usages et pratiques addictives.

3. Sensibilisation des professionnels des stations de ski

Action formalisée par une convention. Séances par groupe de 15 personnes maximum.

- Auprès des équipes de directions ou/et managers,
 - Module de 3 heures abordant:
 - Notions d'addictologie.
 - Lien entre addictions et travail².
 - Contexte réglementaire.
 - Que faire? Modèle de démarche de prévention en entreprise.
 - Partenaires pour vous accompagner.
- Auprès des salariés. Module d'1 heure par groupe de 10 personnes abordant:
 - Notions d'addictologie.
 - Lien entre addictions et travail.
 - Partenaires pour vous accompagner.

² Gladys Lutz, ADDITRA, interrelations entre le travail et les usages de SPA: une perspective en approche clinique du travail.

Méthode:

- Cadre d'intervention:
 - Ne pas parler de soi (intervention collective),
 - Décaler ses propos pour ne pas aborder ce qui relève de l'intime,
 - Respecter la parole de chacun sans porter de jugement,
 - Argumenter ses positions.
- Échanges dirigés par les techniques d'animation de groupe.
- Utilisation d'un brainstorming pour travailler sur les représentations des personnes. Réflexion sur les effets positifs et négatifs des usages de psycho tropes.
- Analyse des mécanismes à l'œuvre dans les usages et pratiques addictives.
- Transmission d'informations objectives.

Pour ce faire, ces actions s'articulent autour de trois piliers:

- Prendre en compte les bénéfices et les effets recherchés liés aux consommations: essayer de prendre en compte les avantages perçus et à les analyser avec les participants afin d'engager ces derniers sur une réflexion critique;
- Passer de la connaissance aux savoirs: donner du corps à l'information. Il faut bannir la dramatisation des situations ou l'exagération des risques encourus. Au-delà de la simple délivrance d'informations objectives et validées scientifiquement, il importe de privilégier les savoirs (savoirs, savoir-faire, savoir-être) à la connaissance. Il faut susciter et alimenter la réflexion et non imposer et faire à la place;
- Au cœur de la pratique de l'animateur: l'écoute des publics. Il s'agit avant tout de privilégier la qualité de la relation qui est tout aussi importante (ou plus?) que la qualité du message transmis. Adopter une posture d'écouter et adapter son langage à celui des participants.

- Les techniques de communication et d'écoute :
 - **L'écoute active, l'écoute bienveillante** (*Carl Rogers, La relation d'aide et la psychothérapie, 1942, ESF Editeur 2014, 242p*).
 - Il s'agit de faire preuve d'empathie, de neutralité et de bienveillance. Cela permet de créer facilement et rapidement du lien en offrant un espace de parole et d'écoute neutre, sans forcément être à la recherche de réponses. L'écoute active est constituée de trois phases:
 - L'écoute silencieuse (ne pas interrompre la personne).
 - La reformulation (sans jugement, sans commentaire).
 - Le reflet du sentiment (la personne peut se rendre compte qu'elle a été entendue dans ses émotions, dans sa globalité).

- **L'entretien motivationnel** (Miller W et Rollnick S, L'entretien motivationnel, Paris Dunod Inter éditions 2006) L'objectif est de faire émerger la motivation intrinsèque de la personne en faveur du changement.

Les principes fondamentaux:

- Faire preuve d'empathie.
 - Développer les contradictions, travailler sur l'ambivalence.
 - Rouler avec les résistances, travailler avec le déni.
 - Soutenir le sentiment d'efficacité personnelle.
- Evaluation de l'intervention par un débriefing à l'oral à l'issue de la séance, puis via un questionnaire écrit anonyme.
 - Animation de moments d'échanges, de réflexion et d'information pour :
 - Renforcer les compétences individuelles et collectives à faire des choix favorables à la santé.
 - Accompagner la mise en œuvre de ces choix et aider à assumer les changements qu'ils impliquent.

- Informer sur les risques liés à la consommation de substances psycho actives.

4. Sensibilisation des saisonniers sur les espaces festifs

Cf Guide méthodologique d'intervention en milieu festif.

13. Démarche d'évaluation

Objetif Général: Réaliser des actions d'information et de sensibilisation liées à la promotion de la santé et la prévention de la consommation d'alcool et d'autres drogues adressées aux professionnels de ski.

Objectif	Critères	Indicateurs	Analyse	Résultat	Objectif atteint
OPP N° 1 : Interroger les représentations des saisonniers sur la consommation des substances psychoactives	Capacité à s'interroger sur ses propres représentations	Nombre et types d'échanges concernant les représentations	Tableau de suivi	Remplissage du tableau	Répondre par oui ou par non
	Implication des saisonniers	Participation à l'échange	La majorité des saisonniers	Oui ou non	
OPP N°2 : Interroger les saisonniers sur leur positionnement professionnel concernant la consommation de substances psychoactives.	Capacité à s'interroger sur son positionnement professionnel	Définition du positionnement professionnel	Réussite	Oui ou non	Répondre par oui ou par non
	Capacité à déterminer les compétences requises concernant leur métier respectif.	Nombres et types de compétences requises citées par les saisonniers	Tableau de suivi	Remplissage du tableau	
	Capacité à déterminer ce qui peut poser problème lorsqu'il y a consommation de SPA.	Nombre et types de difficultés citées par les saisonniers	Tableau de suivi	Remplissage du tableau	
	Implication des saisonniers	Participation à l'échange	La majorité des saisonniers	Oui ou non	

Objectif	Critères	Indicateurs	Analyse	Résultat	Objectif atteint
OPP N°3 : Interroger les saisonniers sur les attitudes à adopter face à un collègue qui présente des conduites à risques	Capacité à s'interroger des attitudes à adopter face à un collègue en difficulté (phénomène de co dépendance)	Nombre et types d attitudes à adopter face à un collègue en difficulté	Tableau de suivi	Remplissage du tableau	Répondre par oui ou par non
	Implication des saisonniers	Participation à l'échange	La majorité des saisonniers	Oui ou non	
OPP N°4 : Informer les saisonniers sur le repérage des personnes ressources, des structures d'aides et de soins spécialisés	Apport d'information	Nombre de saisonniers qui déclarent avoir appris des nouvelles informations sur les personnes ressources, les structures d'aides et soins spécialisés	75 % des saisonniers questionnaire de satisfaction	Analyse des questionnaires	Répondre par oui ou par non
	Expression des saisonniers sur ce qui est important pour eux	Nombre et type de thèmes mis en évidence	Au moins 1 thème tableau de suivi	Remplissage du tableau	
OPP N°5 : Constituer avec les professionnels des stations de ski un groupe relais de prévention.	Capacité d'implication dans un groupe relais de prévention	Liberté d'échanger avec les intervenants et les autres saisonniers	75% des saisonniers	Analyse des questionnaires	Répondre par oui ou par non
		Nombre de participants à ce groupe relais.	Au moins 5 participants	Groupe relais constitué ou non	

V. ACTIONS DÉJÀ MENÉES

a) Service inter-secteur d'alcoologie et addictologie des Hôpitaux de Lannemezan (65): «Chemins de La Lande»

- Station de Piau-Engaly (65): auprès des saisonniers des remontées mécaniques et des pisteurs.

Sensibilisation de 2H à la demande de l'employeur et du médecin du travail, co animée avec le médecin du travail, présence du Directeur de la station.

Contenu: Prévention des risques, effets produits, informations alcoologie, effets de l'alcoolémie sur le travail.

- Station de Val Louron (65)

Suite à un incident en lien avec des consommations d'alcool sur le lieu de travail.

Animation d'un débriefing avec les collègues en difficulté.

b) ASMT 65: Association de Santé et de Médecine au Travail

- Station de Saint-Lary (65): Sensibilisation des professionnels d'Altiservice en 2017.

Projet co construit avec l'employeur.

Demande de l'employeur en lien avec l'évolution du Code du travail et les tests de dépistage salivaire.

Employés sur les postes à risques: possibilité de dépistage à la prise de poste ou pendant le poste à un moment inopiné.

Groupe de 20 personnes (environ 200 personnes touchées), 10 séances sur 3 à 4 mois pour les sédentaires; pour les nouveaux saisonniers pendant les 3 jours de formation avant la saison.

Contenu: notions d'addictologie, effets produits, lien avec le travail.

c) ANPAA 09

- Savasem Bonascre Ax Les Thermes: Sensibilisation de tous les salariés et élaboration d'un plan de prévention du risque alcool d'octobre 2010 à juin 2011.

Objectifs:

- Initier un nouveau mode de communication sur l'alcool.
- Transmettre une base d'informations sur le produit et ses modes d'usages.
- Rappel à la loi.
- Connaître et mieux utiliser les ressources d'accompagnement de la personne en difficulté.
- Impulser et mettre en place un plan de prévention du risque alcool.

120 salariés sensibilisés.

2 demi-journées de 3 h.

3 séances de travail avec le groupe sécurité pour le plan de prévention.

VI. ANEXE I - QUESTIONNAIRE

1. Du principe que les drogues existent, lesquelles pensez-vous qui sont consommées le plus sur le territoire sur lequel vous travaillez?

2. Pensez-vous que les substances consommées sur le territoire sur lequel vous travaillez ont évolué depuis les 5 dernières années?

3. Pensez-vous qu'en ce moment les addictions comportementales (addiction aux jeux, usage excessif de jeux video...) sont un problème pour les habitants de l'environnement dans lequel vous travaillez?

4. Dans votre environnement de travail, pensez-vous qu'il est facile ou difficile de trouver ou de vous procurer des drogues, comme vous le souhaitez?
 - Très facile.
 - Facile.
 - Difficile.
 - Très difficile.
 - Je ne sais pas / pas d'avis.
 - Autres: précisez.

5. Dans votre activité quotidienne vous êtes intervenu (e) auprès d' une personne qui rencontre une problématique d'usage ou de trafic qui a été citée précédemment:

- Oui.
- Non.
- Je ne sais pas / pas d'avis.

Précisez le sexe de la personne:

6. Si vous avez répondu «oui» à la question précédente, pouvez-vous nous indiquer quel type de drogue ou drogues?

7. Connaissez-vous une mesure que les institutions ont prise pour prévenir l'usage de drogues?

8. Pensez-vous que ces mesures sont:

- Très efficace. Elles ont permis d'obtenir des résultats pour éviter tous les problèmes.
- Assez efficace. Elles ont permis d'obtenir des résultats mais il reste encore des problèmes.
- Peu efficace. Elles ont eu très peu d'effets.
- Pas efficace. Elles n'ont eu aucun impact.
- Je ne sais pas / pas d'avis.

9. Les usages de drogues que vous percevez ou voyez dans votre travail quotidien vous inquiètent:

- Beaucoup.
- Plus ou moins.
- Régulièrement.
- Peu.
- Pas du tout.
- Je ne sais pas / pas d'avis.

10. Votre inquiétude concernant les usages de drogues sur le territoire sur lequel vous évoluez pour votre travail: a changé? depuis quand?

- Oui, augmenté depuis qu'il y a eu...
- Oui, diminué depuis qu'il y a eu...
- Non, ça suit son cours
- Je ne sais pas / pas d'avis

11. Pensez-vous que la problématique des usages de drogues, de trafic, ou les conséquences de ces problèmes sont différents selon le sexe / l'âge?

12. Comment pensez-vous que devrait être traité ces problèmes pour tenir compte de ces différences et l'aborder selon le genre?

13. Pensez-vous que le problème touche spécialement un certain groupe d'âge spécifique?

- Adolescents: 15-25 ans.
- Jeunes: 20-30 ans.
- Jeunes adultes: 30-40 ans.
- Adultes de plus de 40 ans.
- Touche plus qu'un groupe d'âge, mais pour différentes raisons. Précisez:

14. A quoi pensez-vous que cela est dû?

15. Que pensez-vous qui pourrait influencer les consommations / comportements addictifs que vous observez:

- Qu'il n'y a pas d'autre alternative de loisir sur ce territoire.
- Qu'il n'existe pas d'information / formation suffisante.
- C'est le divertissement local.
- Par la pression du groupe et le risque d'être exclu (intégration).
- La facilité pour s'en procurer.
- La relation qui existe entre la consommation et l'environnement de travail.
- Le fort pouvoir économique des habitants du territoire.
- Le type de loisir implanté dans le territoire.
- Autre. Précisez:

16. Laquelle de ces formules pourrait aider pour qu'il n'y ait pas de consommation de drogues dans votre environnement de travail:

- Plus de vigilance de la police.
- Que les lois soient plus dures.
- Que les informations dans les collèges soient plus importantes.
- Qu'il y ait plus de campagnes qui parlent des dangers des drogues.
- Qu'il y ait plus de ressources de loisir et de temps libre.
- Que la société ne soit pas si consumériste.
- Autre: précisez.

VII. RÉFÉRENCES

- Comité Consultatif National d’Ethique, Avis n° 114 (19-5-2011), Usage de l’alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail. Enjeux éthiques liés à leurs risques et à leur détection, 29 p.: ici sur le site du CCNE.
- Liaisons sociales – N° Juridique, n°4, de Liaisons Sociales Quotidien (25 avril 2016), point sur les dépistages des consommations de produits stupéfiants, liées au travail. Site:
 - [www.wolters-kluwer.fr/Liaisons Sociales Quotidien](http://www.wolters-kluwer.fr/Liaisons_Sociales_Quotidien)
- Liaisons Sociales Quotidien – Les Thématiques Les risques psychosociaux, Point spécial L’entreprise et les addictions (2015).
- MILDECA/DGT (2012), Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel, 65 p. Lire les 5 Fiches en annexes.
- Etude INPES/SMTOIF (2012), Médecins du travail/médecins généralistes: regards croisés, 189 p. Lire la partie 1 « Enquête médecins du travail, dont le chapitre 4 Tests de dépistage, p. 81-86.
- INRS (29 mars 2013), Livret ED6147 Pratiques addictives en milieu de travail, 29 p.
- SFA, Recommandations pour la Pratique Clinique en addictologie (avril 2013) : l’étude la plus précise pour les médecins du travail.