

Contributions et contraintes des médecins du travail dans la stratégie de lutte anti-tabac

A.Kchaou, M. Hajjaji, W. Feki*, I. Sallemi, S. Kammoun*, H. Ayadi*, M L. Masmoudi, K. Jmal Hammami
*Service de Médecine du Travail et de Pathologies Professionnelles,
*Service de Pneumophtisiologie. CHU.Hédi Chaker de Sfax,
Faculté de Médecine de Sfax - Université de Sfax (Tunisie)*

RÉSUMÉ

Introduction : Le tabagisme représente un problème de santé publique du fait de sa prévalence élevée et de ses conséquences graves à tous les niveaux. C'est dans cette perspective que nous avons effectué une enquête nationale exploratrice des attitudes des médecins du travail vis-à-vis du tabagisme et leur rôle dans la prévention de ce fléau.

Méthodes : Nous avons mené une étude transversale à l'aide d'un auto-questionnaire auprès des médecins du travail exerçant dans les différents types de services de santé au travail en Tunisie.

Résultats : Notre étude avait concerné 118 médecins du travail. Le sexe ratio était de 0,35. L'âge moyen était de 36,8 ans $\pm$ 7,7 ans. Près d'un tiers des médecins du travail (38,1%) avait suivi une formation en tabacologie. Les médecins se montraient relativement unanimes (85,6%) pour considérer que le tabagisme est souvent préjudiciable au climat social de l'entreprise. L'analyse des mesures préventives envisagées par les médecins du travail dans le cadre de lutte antitabac montrait la prédominance des actions de sensibilisation des salariés et de la mise en place d'un plan de prévention dans respectivement 50,8% et 51,7% des cas. Concernant les obstacles à leur implication dans des démarches de prévention antitabac, les médecins du travail évoquaient en priorité la résistance des salariés (52,5%) et le manque de temps (48,3%). Le manque de formation et la résistance du chef de l'entreprise étaient évoqués par 33,1% et 31,4% des médecins respectivement.

Conclusion : Le tabagisme est un fléau pour la société toute entière. Les médecins du travail ont un rôle primordial dans la lutte anti tabac en milieu professionnel et ils devraient promouvoir activement des programmes de prévention du tabagisme malgré les obstacles rencontrés.

Mots-clés: Tabagisme – Médecin du travail – milieu professionnel - prévention

ABSTRACT

Introduction: Smoking is a major public health problem due to its frequency and severe consequences. We conducted a national survey among occupational physicians in order to study their attitude towards this plague and to emphasize their role in the fight against smoking.

Methods: An exhaustive cross-sectional national study was conducted in 2016 among Tunisian occupational physicians. Data were collected by means of a self administered questionnaire in French.

Results: One hundred and eighteen occupational physicians participated in the survey. Sex ratio was 0.35. Average age was 36.8 $\pm$ 7,77 years old. Tobacco training was fulfilled by 38.1% of the respondents. Eighty five point six percent of occupational physicians linked tobacco consumption to the workplace social stability. Occupational physician encouraged different kind of anti-smoking campaigns mainly workplace awareness-raising actions (50.8%) and implementing an anti-tobacco program (51.7%). Occupational physicians faced employee's resistance to workplace anti-tobacco policy (52.5%) and they reported a lack of time to accomplish the anti-tobacco program (48.3%). A lack of appropriate anti-tobacco trainings and the company's boss's resilience were reported respectively by 33.1% and 34.4% of respondents.

Conclusion: Smoking endangers the society's stability. Occupational physicians have a primordial role in promoting anti- tobacco programs in their companies despite the difficulties they may encounter.

Key-words: Smoking - Occupational physician - Workplace- Prevention

INTRODUCTION

Le tabagisme reste la principale cause mondiale de décès évitable. Il tue près de 6 millions de personnes et entraîne des centaines de milliards de dollars de pertes économiques chaque année dans le monde. La plupart de ces décès surviennent dans les pays à revenu faible ou moyen et cet écart devrait encore s'élargir au cours des prochaines décennies. Si les tendances actuelles se maintiennent, d'ici 2030, le tabac tuera plus de 8 millions de personnes dans le monde chaque année, 80 % de ces décès prématurés touchant des habitants de pays à revenu faible ou moyen [1].

En Tunisie, la prévalence du tabagisme demeurant toujours élevée, il est attendu que les conséquences du tabagisme, en terme de mortalité, seront encore plus lourdes dans les deux prochaines décennies, si des actions efficaces de lutte contre le tabagisme ne sont pas mises en place, en particulier des mesures législatives et réglementaires, des mesures éducatives efficaces et des actions d'aide à l'arrêt du tabac [2]. Les médecins de première ligne ont un rôle principal dans la prévention et la lutte contre ce fléau médico-social [3].

C'est dans cette perspective que nous avons effectué une enquête nationale exploratrice des attitudes des médecins du travail vis-à-vis du tabagisme et leur rôle dans la prévention de ce fléau. Ainsi, nos objectifs étaient d'évaluer le rôle des médecins du travail dans la lutte anti-tabac, de préciser la nature des actions mises en place dans le cadre de la prévention du tabagisme dans l'entreprise et de déterminer les principales contraintes à l'implication des médecins du travail dans le programme de lutte anti-tabac au sein de l'entreprise

METHODES

Notre étude est de type transversal et descriptif, réalisée sur trois mois allant du premier Mars 2016 au 31 Mai 2016.

1- La population d'étude

La population cible était des médecins du travail exerçant dans les différents types de services de santé au travail en Tunisie : les groupements de santé au travail, les services médicaux autonomes, l'institut de santé et de sécurité au travail, les services hospitalo-universitaires de pathologies professionnelles et l'inspection médicale du travail.

2- Aspect éthique de l'enquête :

Avant de mener l'enquête, il était nécessaire d'informer les médecins du travail concernés de l'objectif de l'étude et d'obtenir leur consentement. Les données personnelles des médecins du travail

ne vont en aucun cas être divulguées à une tierce personne et l'exploitation des questionnaires était faite dans l'anonymat.

3- Recueil des données :

Les données étaient recueillies par un auto-questionnaire de trois pages. Elles portaient sur les caractéristiques socioprofessionnelles des médecins du travail (l'âge, le sexe, le lieu d'exercice, l'ancienneté professionnelle), la formation en tabacologie, la priorité pour traiter la consommation du tabac dans l'entreprise évaluée selon une échelle de 0 à 10 (note de 0 à 4 pour une priorité jugée faible, de 5 à 7 pour une priorité jugée intermédiaire et de 8 à 10 pour une priorité jugée maximale), la démarche adoptée le plus souvent en première intention face à un salarié consommateur de tabac, la nature des actions mises en place dans le cadre de la prévention du tabagisme dans l'entreprise et les principaux freins à l'implication des médecins du travail dans le programme de lutte anti-tabac au sein de l'entreprise.

RESULTATS

1- Caractéristiques sociodémographiques de la population

Un total de 118 médecins du travail a participé à l'enquête. Leur âge moyen était de 36,8 ans $\pm$ 7,7 ans, la plupart des médecins (79,7 %) étaient âgés de plus de 30 ans. Une prédominance féminine était notée avec un sexe ratio de 0,35. L'ancienneté professionnelle moyenne était de 7 $\pm$ 6,98 ans. Près de la moitié de notre population (43,2%) exerçait dans des groupements de santé au travail. Les médecins du service hospitalo-universitaires de pathologies professionnelles représentaient 33,9% (tableau I).

Tableau I. Répartition des médecins selon le service de santé au travail

Type de service de santé au travail	Effectifs	Pourcentages (%)
Groupe de santé au travail	51	43,2
Service médical autonome	12	10,2
Institut de santé et sécurité au travail	5	4,2
Services hospitalo-universitaires de pathologie professionnelle	40	33,9
Inspection médicale du travail	10	8,5

2- Conduites des médecins du travail vis-à-vis du tabagisme

2.1. La formation du médecin du travail en tabacologie

Un tiers des médecins du travail (38,1%) avait suivi une formation en tabacologie dont 44% appartenaient au groupement de santé au travail, 22% appartenaient aux services hospitalo-universitaires de pathologies professionnelles et 20% appartenaient à l'institut de santé et sécurité au travail. Les médecins de l'inspection médicale du travail et des services médicaux autonomes étaient concernés dans 6,7% des cas chacun.

2.2. Point de vue du médecin du travail à propos du tabac

Dans le cadre de la santé au travail, 85,6% des médecins interrogés considéraient que le tabagisme est préjudiciable au climat social de l'entreprise et 89% accordaient une priorité maximale (une importance comprise entre 8 et 10) pour traiter la consommation du tabac dans l'entreprise (Figure 1).

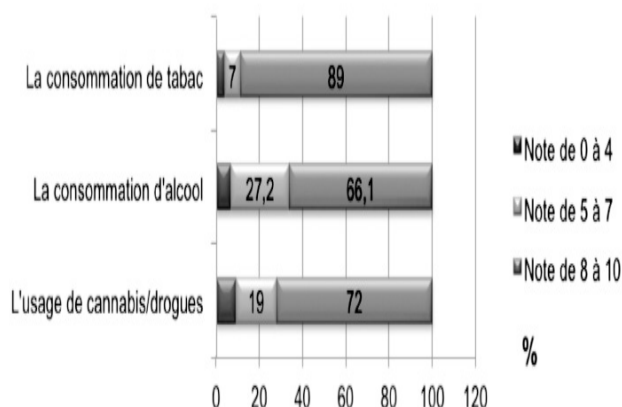


Figure 1: Les priorités à traiter dans le cadre de la santé au travail pour les substances addictives.

2.3. Documentation du dossier médical des salariés sur les addictions

Les médecins du travail documentaient dans le dossier médical systématiquement les consommations de tabac dans 79,70% des cas, d'alcool dans 59,30% des cas et de chicha dans 58,50% des cas (Figure 2).

Pour se renseigner sur la consommation de tabac, les médecins du travail faisaient appel en priorité aux déclarations des salariés dans 98% des cas. L'utilisation des tests spécialisés (Fagerström, Richmond, mesure du CO expiré ...) était rapportée par 3,4% des médecins.

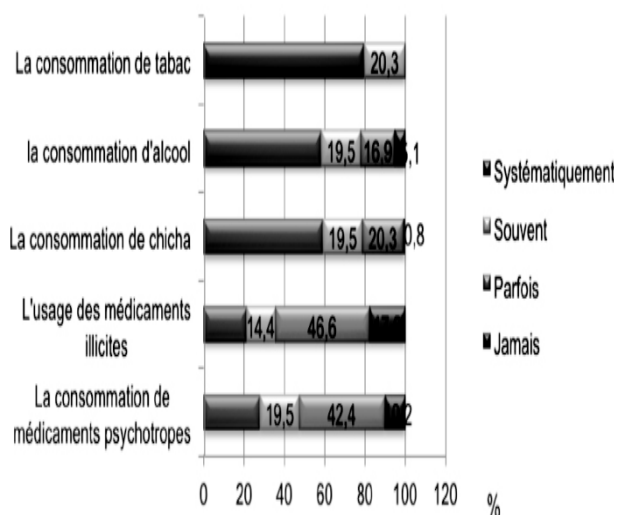


Figure 2 : Documentation dans le dossier médical des salariés à propos de la consommation des substances psycho actives.

3. Nature des actions mises en place dans le cadre de lutte anti-tabac

3.1. Les démarches adoptées par le médecin du travail face à un salarié faisant l'usage de tabac

Au cours des douze derniers mois, sept médecins sur dix (76,3%) étaient sollicités pour un problème d'addiction. La consommation du tabac était la plus notifiée (73,7%). La conduite des médecins de travail face à un salarié faisant usage du tabac était de donner des conseils de prévention dans 84,7% des cas, d'orienter le patient vers une consultation spécialisée dans 39% des cas et l'abstention dans 1,7% des cas (Figure 3). La quasi-totalité des médecins du travail (97,5%) pensait également qu'une collaboration entre le médecin traitant (tabacologues, psychiatres...) et le médecin du travail pourrait améliorer les résultats du sevrage et prévenir les rechutes (22,9% des médecins étaient d'accord, 74,6% étaient tout à fait d'accord et 2,5% était pas du tout d'accord).

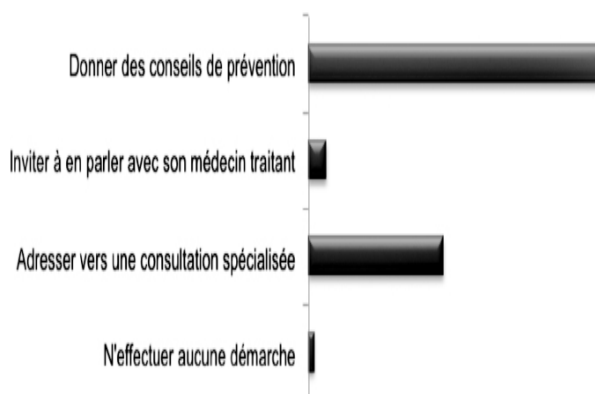


Figure 3 : Démarches adoptées en première intention par les médecins du travail face à des salariés faisant usage de tabac

3.2. Les mesures préventives envisagées par les médecins du travail dans le cadre de lutte anti tabac en milieu professionnel

Dans le cadre de lutte antitabac, les mesures préventives envisagées par les médecins du travail étaient notamment des actions de sensibilisation des salariés et la mise en place d'un plan de prévention dans 51,7% et 50,8% des cas respectivement. D'autres actions de prévention étaient proposées (2,54%) telles que l'organisation d'une campagne de calcul de l'âge pulmonaire ou de faire une convention avec un tabacologue dans 2,5% des cas (Figure 4).

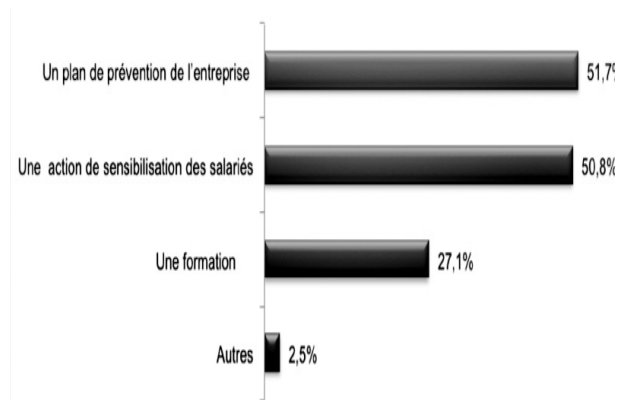


Figure 4: Les mesures préventives envisagées par les médecins du travail dans le cadre de lutte antitabac

4. Efficacité et contraintes à l'implication des médecins du travail dans la prévention antitabac

4.1. Efficacité des médecins du travail dans la prévention anti tabac

Au cours des deux dernières années, 42,4% des médecins du travail déclaraient avoir initié ou participé à une ou plusieurs actions collectives de prévention en entreprise sur la consommation de tabac. Neuf médecins sur dix se sentaient assez ou peu efficaces en matière de prévention des addictions (46,6% « assez efficaces » et 45,8% « peu efficaces »). Alors que 2,5 % des cas se sentaient « pas du tout efficaces » et 5,1% des cas « très efficaces ».

4.2. Les freins à l'implication des médecins du travail dans la lutte anti tabac

Les médecins du travail évoquaient en priorité la résistance des salariés (52,5%) et le manque de temps (48,3%) comme principaux obstacles à leur implication dans des démarches de prévention antitabac. Malgré qu'aucun médecin du travail ne déclare que la prévention du tabagisme ne relève pas de son rôle, 5,9% n'étaient pas convaincus de l'efficacité d'une démarche individuelle (Figure 5).

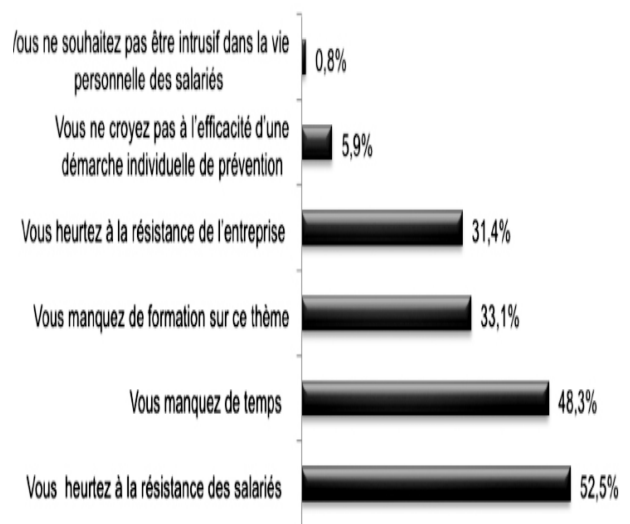


Figure 5 : Les freins à l'implication des médecins du travail dans la prévention de tabagisme

DISCUSSION

En milieu professionnel, le tabagisme altère l'hygiène, l'environnement et l'image de marque de l'entreprise. Il prédispose aux accidents du travail et il représente un co-facteur de plusieurs nuisances toxiques. Gérer le tabagisme au sein de l'entreprise est une action indispensable dans la stratégie anti-tabac. L'impact des actions d'intervention sur le tabagisme en milieu professionnel en matière de réduction de la consommation tabagique voire de sevrage tabagique du travailleur fumeur était bien documenté dans la littérature [4]. Plusieurs études soulignaient que les actions d'intervention contre le tabagisme en milieu de travail offraient une nouvelle stratégie pour améliorer l'incidence du sevrage tabagique [5-7]. La présente étude souligne les contributions et les contraintes des médecins du travail dans la lutte et la prévention du tabagisme en milieu professionnel. Comme les médecins du travail sont régulièrement confrontés à des situations de consommation de substances addictives difficiles à appréhender, le tiers des médecins du travail se déclarait formé en tabacologie, ce qui témoignait de l'intérêt porté à ce sujet.

Parallèlement, dans le cadre de la santé au travail, les médecins se montraient relativement unanimes (85,6%) pour considérer que le tabagisme est souvent préjudiciable au climat social de l'entreprise et ils accordaient (89%) une priorité maximale pour traiter la consommation du tabac dans l'entreprise. En effet, les objectifs de santé publique se déclinent dans l'entreprise en objectif de santé au travail. D'après l'Organisation Internationale du Travail, chaque année, dans le monde, environ 200 000

décès sont imputables à une exposition à la fumée du tabac sur les lieux de travail [8] et d'après l'institut National de Recherche et de Sécurité, les cigarettes étaient la troisième cause de départ de feux dans les lieux de travail]. D'autre part, différentes études avaient montré l'excès de l'absentéisme chez les fumeurs par rapport aux non-fumeurs [10–12]. D'une façon générale, la consommation du tabac entraîne des coûts directs et indirects pour l'entreprise, parmi lesquels l'augmentation de l'absentéisme des employés et la réduction de la productivité du travail [13].

Dans notre population, les médecins déclaraient être vigilants à documenter systématiquement les consommations de tabac (79,7%), d'alcool (59,3%) et de chicha (58,5%). Cependant, les modalités de renseignement sur le dossier médical à propos de la consommation du tabac étaient basées notamment sur les déclarations des salariés (98%). Cette action doit être complétée par une évaluation du tabagisme (actif et passif) dans le cadre de l'évaluation des risques professionnels par des entretiens avec les personnels pour identifier les fumeurs et les personnes gênées par la fumée des autres, la visite de l'entreprise notamment des espaces partagés « non fumeurs » et « fumeurs », le mesurage des polluants atmosphériques (nicotine, monoxyde de carbone) et une surveillance médicale biologique des personnes exposées au tabagisme passif (dosage de la cotinine dans les urines ou de l'oxyde de carbone dans l'air expiré) [9].

Les résultats de l'évaluation des risques doivent être transcrits dans un rapport de visite des lieux de travail. Ce document doit permettre d'élaborer un plan d'action définissant les mesures de prévention appropriées aux risques identifiés

Dans notre échantillon, face à un salarié faisant usage du tabac, la conduite des médecins de travail était pour huit médecins sur dix de donner des conseils de prévention et pour environ un médecin sur trois d'orienter ses patients vers une consultation spécialisée. La quasi-totalité des médecins du travail (97,5%) évoquait également qu'une collaboration entre le médecin traitant (tabacologue, pneumologue, psychiatre...) et le médecin du travail pourrait améliorer les résultats du sevrage et prévenir les rechutes. En fait, lors des différentes visites médicales, le médecin du travail pourrait informer et rappeler les fumeurs sur les méfaits du tabac et les bienfaits de l'abstention sur la santé et sur l'entourage, sensibiliser les sujets vulnérables (asthmatique, femme enceinte, diabétique...), orienter des personnes motivées au sevrage tabagique vers les consultations spécialisées en tabacologie et renforcer l'abstinence

des non-fumeurs lors de chaque occasion (lors des consultations médicales répétées).

En plus, l'examen clinique régulier et périodique permet d'inscrire la prise en charge du sevrage tabagique dans un cadre médical et de rechercher des conséquences somatiques méconnues de la consommation du tabac. Les examens complémentaires réalisés dans le cadre de la médecine du travail tels que les explorations fonctionnelles respiratoires et la radiographie thoracique peuvent être associées pour sensibiliser les fumeurs à leur état de santé. L'amélioration de ces examens complémentaires, lors du sevrage, renforce l'arrêt.

Les mesures préventives qui pourraient être envisagées par les médecins du travail dans le cadre de la lutte anti-tabac étaient notamment des actions de sensibilisation des salariés et de mise en place des plans de prévention dans 50,8% et 51,7% des cas respectivement. En effet, la lutte contre le tabagisme est une question de santé au travail qui passe par une interdiction de fumer hors des espaces fumeurs prévue par la réglementation (JORT - Loi 98-17 du 23 février 1998 relative à la prévention des méfaits du tabagisme), mais aussi par une démarche de prévention devant mobiliser l'ensemble des acteurs de l'entreprise. La stratégie à mettre en place passe par l'élaboration d'une démarche collective de prévention associée à une prise en charge individuelle. Cette démarche a pour objectif principal de fédérer l'ensemble des salariés de l'entreprise pour y réduire, voire supprimer les pratiques addictives dans un esprit d'accompagnement et de soutien.

Dans ce cadre, les différentes enquêtes relevaient que les modalités d'intervention le plus souvent réalisées par les médecins du travail étaient une simple sensibilisation des salariés [14]. L'objectif de la sensibilisation du personnel est de convaincre les fumeurs d'arrêter de fumer. Cette sensibilisation porte sur la législation, les dangers du tabagisme actif et passif et les bénéfices de l'arrêt du tabagisme et peut prendre plusieurs formes telles que des conférences, des exposés, une projection de film, des affichages, une distribution de dépliants, d'article dans un journal [9]. En effet, plusieurs revues de la littérature montraient l'efficacité des interventions menées en milieu professionnel sous forme de counseling individuel et de groupe, d'entretien motivationnel et d'utilisation des supports pharmacologiques [15–17]. Fagan et al rajoutaient que l'impact positif de tels programmes d'intervention anti-tabac pourrait se traduire par la « non augmentation » de la prévalence du tabagisme chez les employés du fait de l'absence de changement du comportement des non fumeurs qui

resteraient abstinents à la consommation tabagique [18].

En ce qui concerne, les plans de prévention, ils offraient l'opportunité d'une démarche collective concertée dans l'entreprise [19,20] mais plusieurs facteurs devraient être pris en compte dans leurs élaboration tels que la taille des entreprises, les secteurs d'activité et le statut de l'entreprise [21,22]. Aussi, la mise en place d'un plan de prévention nécessite la mobilisation des services de santé au travail et de l'ensemble du personnel [9].

En revanche, une revue Cochrane trouvait que les programmes basés sur la thérapie comportementale de groupe, sur l'accompagnement individuel, sur la thérapie pharmacologique et sur plusieurs interventions combinées aidaient les gens à arrêter de fumer. Les chances d'arrêter de fumer à l'aide de ces méthodes étaient environ les mêmes sur le lieu de travail que dans d'autres contextes. Cependant, sur le lieu de travail, les méthodes de développement personnel, le soutien des amis ou des collègues, les programmes de prévention des rechutes, les stimuli environnementaux ou les programmes globaux destinés à modifier plusieurs comportements à haut risque ne sont pas efficaces pour aider les gens à arrêter de fumer [23].

Au cours des deux dernières années, 42,4% des médecins du travail déclaraient avoir initié ou participé à une ou plusieurs actions collectives de prévention de tabagisme au sein des entreprises ; mais seulement 5,1% se sentaient très efficaces. Ceci résultait vraisemblablement de l'accumulation des facteurs empêchant leur action. En effet, mener à bien une action de santé en entreprise est un exercice collectif qui ne peut être réussi qu'avec la participation de tous les intervenants et les salariés eux-mêmes [9].

Cette étude suggérait l'existence d'un certain nombre de facteurs freinant les actions de prévention du tabagisme chez les médecins du travail. Parmi les freins pouvant faire obstacle à leur implication dans des démarches de prévention anti tabac, les médecins du travail évoquaient en priorité la résistance des salariés (52,5%) et le manque de temps (48,3%). Ces facteurs pouvaient être classés selon deux catégories, des facteurs externes liés à l'environnement tels que la résistance de l'entreprise et la résistance des salariés et des facteurs attitudeux liés à la façon dont les médecins du travail pouvaient réagir aux facteurs externes tels que le manque de formation en tabacologie et le manque du temps.

CONCLUSION

La prévention du tabagisme sur les lieux du travail a certes un intérêt sanitaire, mais également social,

économique et sécuritaire. Le médecin du travail reste l'acteur privilégié dans cette prévention, basée sur les techniques actuelles d'information et de communication en santé et sur le volontarisme des employeurs et des acteurs sociaux pour promouvoir un cadre de vie au travail favorable au bien-être des salariés et un bienfait pour la productivité en entreprise. Cependant, les conditions de réussite des actions anti tabagique en milieu de travail nécessitent un engagement à long terme de la part de l'entreprise, une implication de l'ensemble des acteurs et la création d'un groupe de suivi. Ainsi, la lutte antitabac en milieu de travail peut constituer un des volets d'un programme complet de santé et de sécurité et/ou de promotion de la santé en milieu de travail.

RÉFÉRENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur l'épidémie mondiale de tabagisme 2011. Mise En Garde Au Sujet Dangers Tab.
2. Fakhfakh R, Hsairi M, Belaaj R, Ben Romdhane H, Achour N. Epidemiology and prevention of smoking in Tunisia: current situation and perspectives. Arch Inst Pasteur Tunis 2001. 78((1-4)):59-67.
3. Organisation Mondiale de la Santé. Le rôle des professionnels de la santé dans la lutte antitabac 2005. Journée mondiale sans Tabac.
4. Maatoug J, Bouafia N, Amimi S, Sahli J, Bhiri S, Zammit N, et al. Smoking prevalence in a factory in the region of Sousse-Tunisia. Tunis Med. 2015;93(12):783-8.
5. Smith DR. Tobacco smoking by occupation in Australia and the United States: a review of national surveys conducted between 1970 and 2005. Ind Health. 2008;46(1):77-89.
6. Nerin I, Guillén D, Más A, Nuviala JA, Hernández MJ. Evaluation of a workplace anti-smoking program at a company with 640 employees. Arch Bronconeumol. 2002;38(6):267-71.
7. Graber JM, Delnevo CD, Manderski MTB, Wackowski OA, Rose CS, Ahluwalia JS, et al. Cigarettes, Smokeless Tobacco, and Poly-Tobacco Among Workers in Three Dusty Industries. J Occup Environ Med. 2016;58(5):477-84.
8. Takala J. Editor Introductory report: decent work-safe work. XVIth World Congress on Safety and Health at Work. International Labour Office. 2002
9. INRS. lutter contre le tabagisme en entreprise. Dossier INRS [Internet]. [consulté le 15/ 02/ 2017] disponible en ligne: http://www.smtaquitaine.fr/uploads/media_items/tabac-en-entreprise.original.pdf
10. Halpern MT, Shikier R, Rentz AM, Khan ZM. Impact of smoking status on workplace absenteeism and productivity. Tobacco control. 2001;10(3):233-8.
11. Tsai S, Wendt J, Cardarelli K, Fraser A. A mortality and morbidity study of refinery and petrochemical employees in Louisiana. Occupational and environmental medicine. 2003;60(9):627-33.
12. Bunn III WB, Stave GM, Downs KE, Alvir JMJ, Dirani R. Effect of smoking status on productivity loss. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 2006;48(10):1099-108.
13. Lauzeille L, Marchand J, Ferrand L. Consommation de tabac par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité-Outil méthodologique pour l'épidémiologie. Saint-Maurice: InVS. 2009.

14. Colette M, Gérald D, Eric D, Pierre V et al. Médecins du travail/médecins généralistes: regards croisés [Internet]. [consulté le 06/ 01/ 2017] disponible en ligne: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/nouveautes-editoriales/2012/medecin-travail-generaliste-croises.asp>
15. Moher M, Hey K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(2):CD003440.
16. Moher M, Hey K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(2):CD003440.
17. Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(2):CD003440.
18. Fagan P, Stoddard AM, Hunt MK, Frazier L, Girod K, Sorensen G. The feasibility of evaluating a tobacco control intervention for working youth. Tob Control. 2003;12 (4):34-9.
19. Fleury B. L'alcool et le travail. Alcoologie Addictologie. 2000;22:1-56.
20. Durand E, Gayet C, Laborde L, Van de Weerd C, Farges E. Conduites addictives et travail. 2008;(115):339-61.
21. Harzo C, Jeannin J-P, et al. Alcool et travail : Une enquête auprès d'entreprises en région Rhône-Alpes. Lyon; 2003. 48.
22. Facy F, Rabaud M.  volution des conduites addictives illicites sur le temps de la vie professionnelle. Arch Mal Prof. 2006;67:207-11.
23. Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014; 26 (2):CD003440.