

Le tabagisme sur le lieu de travail : analyse de la problématique au sein de PME wallonnes et déploiement d'une politique de prévention

Philippe Brognon¹

François Dekeyser et Ludivine Thibaut²

¹ Médecin du travail, Simetra asbl, rue du chapitre 1, 7000 Mons et Médecin-tabacologue au Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme.

² Directeur et Psychologues, formateurs en tabacologie, Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme asbl, rue de la halle 15, 7000 Mons, email@sept.be

Résumé :

L'objet de notre article est articulé sur deux volets : le premier réside dans une étude analysant la problématique du tabagisme au sein des Petites et Moyennes Entreprises (PME), en terme de prévalence et de profils. Nous avons ciblé spécifiquement le personnel de PME situées dans la province du Hainaut (d'un poids démographique particulier en Belgique) en vue de baliser, dans une étape ultérieure, une politique de prévention cohérente.

Contre-éclairés par une mise en perspective théorique des méfaits du tabagisme actif et passif sur le lieu de travail (et notamment par la revue des méta-analyses), cet article entend présenter, les principaux résultats d'enquêtes rapportées aux habitudes tabagiques, à la co-consommations (de médicaments, de cannabis ou d'alcool). Ces données se rapportent à un échantillon global de 594 travailleurs soumis à un examen médical périodique et provenant des régions montoise et carolorégienne.

Les conditions de l'enquête et le terrain de l'expérience révèlent un taux record de tabagisme parmi les ouvriers (54 %) et spécialement chez les jeunes de 15 à 25 ans (68 %), corrélé, dans cette tranche d'âge, à une consommation régulière de cannabis estimée à 7,40 %.

Le deuxième volet de cet article porte sur une stratégie de prévention du tabagisme en entreprise en s'inspirant de la psychologie du fumeur, de son ambivalence, des aides disponibles et de la stratégie SOBANE. Cette stratégie s'articule donc sur 4 niveaux : le premier s'articule autour de la consultation de médecine du travail et du mini-conseil, le second s'anime par la constitution d'un groupe de travail, de l'évaluation des habitudes tabagiques par questionnaire et d'une campagne médiatique, le troisième organise des réunions interactives de sensibilisation voire de préparation au sevrage et enfin le quatrième niveau met en place une prise en charge du sevrage en entreprise sous forme de dynamique de groupe.

Mots-clés : *tabagisme – entreprise – prévention*

Samenvatting:

Het onderwerp van ons artikel is onderverdeeld in twee gedeelten: het eerste berust op een studie die de problematiek van de nicotinevergiftiging binnen de Kleine en Middelgrote ondernemingen (KMO's) analyseert, in termen van prevalentie en profielen. Onze doelgroep was het personeel van KMO's gelegen in de provincie Henegouwen (van een speciaal demografisch gewicht voor België) om, in een volgende etappe, een samenhangend preventief beleid te bebakenen.

Onder een ander daglicht bekeken door een theoretisch vooruitzicht van de kwalijke gevolgen van actieve en passieve nicotinevergiftiging in de arbeidsplaats (voornamelijk door het tijdschrift van méta-analyses), wil dit artikel verder de voornaamste resultaten relateren van onderzoeken gewijd aan nicotinegebruiken en aan het gecombineerde gebruik van geneesmiddelen, cannabis of alcohol. Deze gegevens vloeien voort uit een globale steekproef van 594 werknemers onderworpen aan een periodiek geneeskundig onderzoek en afkomstig uit de streek van Bergen en Charleroi.

De omstandigheden waaronder dit onderzoek plaatsvond en het proefterrein onthullen een recordcijfer van nicotinevergiftiging onder de arbeiders (54%) en speciaal bij de jongeren van 15 tot 25 jaar (68%), waarvan in deze leeftijdscategorie naar schatting 7,40% eveneens aan een regelmatig gebruik van cannabis toe zijn.

Het tweede gedeelte van dit artikel is gewijd aan het opzetten van een preventiestrategie van nicotinevergiftiging in ondernemingen, geïnspireerd op de psychologie van de roker, zijn ambivalentie, de beschikbare steunmaatregelen en de SOBANE strategie. Deze strategie berust op 4 etappes: de eerste etappe doet beroep op de arbeidsgeneeskunde en op het miniadvies; de tweede vergt de samenstelling van een werkgroep, de evaluatie van nicotinegebruiken via een vragenlijst en een mediacampagne; de derde etappe beoogt het organiseren van interactieve bewustmakingsvergaderingen en het voorbereiden op een afremmingprocédé; tenslotte beoogt de vierde etappe het opzetten van een afremmingproces binnenin de onderneming onder de impuls van een groepsdynamiek.

De sleutelwoorden: nicotinevergiftiging – onderneming – preventie

Summary

The contents of this article is subdivided into two chapters: the first one analyses the results of a research related to tobacco habits inside Small and Medium Enterprises (SMEs), in terms of prevalence and profiles. Our target group was the staff of SMEs located in the province of Hainaut (which has a particular demographic weight in Belgium) with the purpose to set up, at a later stage, a prevention plan.

Put under a different daylight by a theoretical perspective of the damages caused by nicotine addiction in the workplace, both through active and/or passive smoking, (in particular by the meta-analysis review), this article endeavours to explain the principal results of research related to tobacco habits and co-consumptions (drugs, cannabis or alcohol). The data are extracted from a global sample of 594 workers who underwent a periodical medical exam and originate from the regions of Mons and Charleroi. The conditions of the research and the ground of experience reveal a record height of nicotine addiction amongst manual workers (54%) and even more so amongst the younger generation of between 15 to 25 years (68%) associated, in this age-range, with a regular consumption of cannabis estimated at 7,4%.

The second part of this article is dedicated to the development of a prevention strategy of nicotine addiction in enterprises, based on the psychology of smokers, on their ambivalence, on the possible aids and on the SOBANE strategy. This strategy works on four levels: the first is based on the occupational medicine consultation and mini-advice; the second on the constitution of a workgroup, an evaluation of the tobacco habits by means of a questionnaire and a media campaign; the third organizes interactive meetings to create awareness and prepares for withdrawal of smoking. Last but not least, the fourth level puts in place a psychological assistance to fight tobacco withdrawal symptoms within the enterprise via group dynamics.

Keywords : tobacco habits – enterprise - prevention

Introduction

Prévention, interdiction, discrimination... : bien des mots fusent autour d'un phénomène de société qui s'érige en problématique et renaît de ses cendres... Récemment l'OMS, en prenant position contre le tabagisme, y compris dans l'engagement de ses travailleurs, commet en somme un *passage-à-l'acte* annoncé par son plan d'action 2003 : le tabagisme est appréhendé comme LE problème majeur en Santé Publique.

Et les fumeurs dans tout cela ?

L'objectif de cet article est de proposer au lecteur une base de réflexion face à la mission que l'invite à mener l'interdiction de fumer dans les lieux fermés du travail entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006 (AR 19/01/05). Etayée, *pluridisciplinaire* mais aussi pratique, cette réflexion s'articule, dans un premier temps, sur des données récemment collectées en matière d'habitudes tabagiques dans les PME voire TPE (Très Petites Entreprises) pour déboucher, dans une seconde partie, sur l'importance de la psychologie du fumeur et de l'inertie qui le définit, savamment déjouée grâce à la mise en jeu d'une méthodologie transversale appliquée au profit du personnel fumeur : la stratégie SOBANE. Cette réflexion peut s'appuyer sur une expérience clinique de plus de 15 ans. Nous vous en livrons le témoignage...

Première partie – exploration de la problématique : contextualisation générale et aspects quantitatifs en Hainaut (Belgique)

1. Données épidémiologiques

Le tabagisme actif occasionne de nombreux dégâts pour la santé, que cinquante années de recherche ont mis en évidence et détaillés. *Longitudinale* et d'une ampleur singulière, l'étude épidémiologique de Doll et Hill (12,13) en constitue la figure de proue et nous révèle que les fumeurs réguliers perdent en moyenne dix années d'espérance de vie par rapport aux non fumeurs.

Cancers des voies respiratoires, de l'œsophage ou du système urinaire (parmi les principaux) mais aussi *BPCO, maladies cardiovasculaires* entraînent, chaque année, la mort de 5 millions de fumeurs à l'échelle planétaire; cinquante-cinq personnes par jour en décèdent actuellement sur le territoire national. En fumant un paquet par jour, on encourt un *risque relatif* quatorze

fois supérieur de développer un cancer du poumon (43). Le tabac serait à l'origine d'environ un cancer sur trois en Europe, tous types confondus. Il est également un des principaux facteurs de risques pour les maladies cardiaques ischémiques, les pathologies chroniques respiratoires et l'emphysème (56). En Belgique, on estime que 20% des décès liés à une maladie sont à imputer à la consommation de tabac.

1.1. Qu'en est-il du *tabagisme passif* en milieu professionnel ?

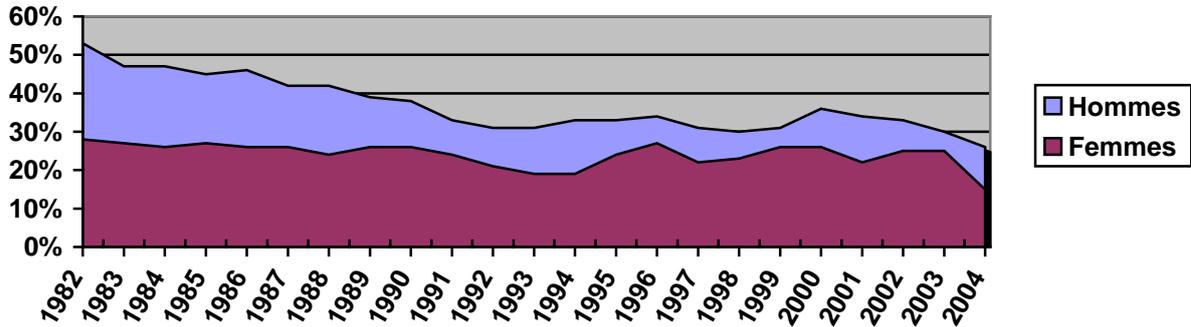
Les concentrations de fumée environnementale sont très variables (24), dépassant, le cas échéant – spécialement dans l'HORECA – de **dix fois le niveau atteint dans l'environnement familial** (52). S'agissant du risque de développer un cancer du poumon, on estime qu'il varie entre 17 et 39 % (22,54). Pour ce qui concerne le risque cardio-vasculaire (coronarien, cérébral,...), celui-ci est majoré de 25 à 35 % (31). Quant au risque proprement coronarien, la recherche situe la majoration entre 11 et 47 % (46).

Au-delà des risques pour la santé, la fumée environnementale occasionne également des désagréments (irritation oculaire, toux,...) qui interviennent dans le *Sick Building Syndrome*.

1.2. Consommation des produits tabagiques en Belgique

En Belgique, selon l'enquête de santé de 2001 (6), on trouve 28 % (24 % de fumeurs quotidiens et 4 % de fumeurs occasionnels) et 72 % de non-fumeurs (31 % d'ex-fumeurs et 41 % de sujets qui déclarent n'avoir jamais fumé). Le dernier recensement (CRIOC) de 2004 estimait à 27 % la prévalence des fumeurs réguliers (30 % chez les hommes contre 25 % chez les femmes) et à 5,8 % la prévalence des fumeurs occasionnels. Durant la période de 1982 à 1993, le pourcentage de fumeurs réguliers a baissé de 40 à 25 %. Avant d'objectiver la récession très spectaculaire attestée par le CRIOC, la dernière décennie, malheureusement, n'avait pas confirmé l'assagissement des belges à l'égard des produits tabagiques. Les adolescents fumeurs (parmi lesquels on compte aujourd'hui plus de filles que de garçons) mettent en échec les stratégies de prévention maladroitement sinon trop sporadiquement déployées.

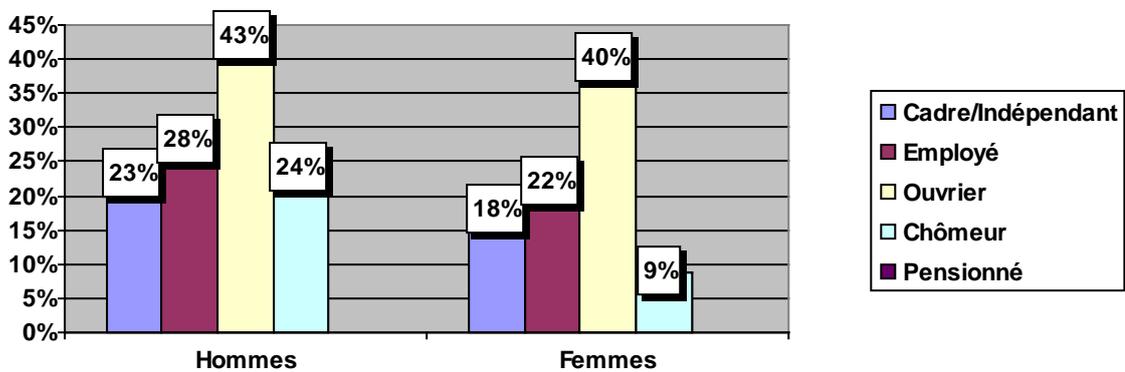
Figure n° 1 : Evolution du tabagisme en Belgique
(source : CRIOC)



Concernant la distribution des habitudes tabagiques selon les *professions*, nous ne disposons que de données fragmentaires. On observe que la consommation de tabac est sensiblement plus importante parmi les ouvriers (43 %, selon les données de 1997 du CRIOC).

Figure n° 2

Distribution du tabagisme en fonction des catégories socio-professionnelles



On dispose donc de peu de données sur la prévalence du tabagisme en fonction de critères socioprofessionnels en Europe (contrairement aux USA (36)). Or il s'agit d'une information importante si l'on souhaite appuyer sur des paramètres environnementaux la dynamique de prévention visant des segments de population plus *nécessiteux*. Les restrictions sur le lieu de travail joueront un rôle important dans le contrôle du tabagisme.

On observe également une différence dans la distribution des fumeurs en fonction du *niveau d'éducation* (6): 22 % des gens dont le curriculum fait référence à l'enseignement supérieur fument ; alors que la proportion de fumeurs atteint les 30 % dans les rangs de personnes ayant ponctué leurs études au niveau du certificat. De plus, la proportion des « grands fumeurs »

(qui fument 20 cigarettes et plus) parmi les diplômés de l'enseignement supérieur est moindre par rapport aux autres catégories d'instruction. Le niveau d'éducation influence également le sens de l'évolution tabagique : on observe un pourcentage plus élevé de fumeurs ayant augmenté ou maintenu leur consommation de tabac dans les couches de la population les moins instruites.

Les prévalences observées sur le territoire de la province semblent supérieures à celles des enquêtes nationales. Dans la région de Charleroi (10), la prévalence observée de fumeurs est de 43,5 % pour la population générale (51,8 % pour les hommes et de 35,1 % pour les femmes). C'est à nouveau dans le groupe de personnes ayant le plus faible niveau de scolarisation qu'on observe le plus grand taux de fumeurs. On retrouve également un niveau de tabagisme de près de 50 % chez les sujets masculins (vs 30 % parmi les dames) dans l'enquête *Monica* de 1992 à Charleroi (10). La proportion de fumeurs n'est probablement pas homogène dans toute la province du Hainaut : les zones où la situation socio-économique est défavorable connaissent vraisemblablement un tabagisme plus important.

C'est dans la Région Wallonne que le tabagisme des *jeunes* (45) est le plus alarmant, puisque 40 % des 15-24 ans fument (parmi lesquels 20% consomment quotidiennement 20 cigarettes ou plus) et 63% ont déjà consommé du tabac au cours de leur existence. On observe des prévalences plus importantes au sein des filières *technique* et surtout *professionnelle*. L'enquête « Jeunes CSSV (Centres de Santé Scolaire Vigies) 2000-2001» (41) réalisée en Hainaut (Observatoire de la Santé du Hainaut) rapporte que 39 % des filles et 30 % des garçons de 15-17 ans sont fumeurs. Dans la région de Charleroi, c'est dans le groupe le plus jeune (25 à 34 ans) que le rapport « fumeurs d'au moins 20 cigarettes / non-fumeurs » est le plus élevé.

2. Législation sur le tabagisme en milieu de travail en Belgique

L'interdiction de fumer sur les lieux de travail peut être décrétée pour les lieux à haute inflammabilité (stockage de produits inflammables (RGPT ChapV, sectionIX, sous-section8, art48)), ainsi que dans les zones contrôlées des centrales nucléaires (AR 20/07/01). Pour les lieux accessibles au public (AR 15/05/90 et AR 09/01/91), cette interdiction est également en vigueur. Aussi les bureaux administratifs où l'on reçoit de la clientèle sont-ils couverts par cette législation. Concernant les réfectoires (RGPT, Titre II, Chap.II, Section II, art 90)

destinés aux travailleurs, il est spécifié qu'ils doivent disposer « de cendriers en nombre suffisant » ! La remarque entre en contradiction avec la nouvelle législation relative à la protection des travailleurs contre la fumée de tabac. Cet arrêté du 19/01/05, publié au Moniteur le 02/03/05 stipule en son article 5 l'interdiction de fumer sur les lieux de travail, y compris les transports collectifs. Cette interdiction est d'application pour le 01/01/06 (art.10). Au préalable, l'employeur est tenu d'informer les travailleurs de cette interdiction et de mettre en place une politique de restriction d'usage du tabac. Des exceptions sont prévues à cette interdiction : le secteur Horeca, les lieux à ciel ouvert, les prisons, les institutions de soins et psycho-sociales. Cet arrêté remplace l'article 148 decies², 2 bis du RGPT en devenant la section II, chapitre I du Titre III du Code sur le bien-être au travail.

3. Etude « Tabagisme en entreprise » : analyse de la situation

3.1. Description de l'échantillon – Méthodologie

Les travailleurs (H/F) des PME du Hainaut soumis à l'examen périodique médical selon les dispositions du Code du Bien-être (AR 28/05/03) définissent notre population. Plus précisément, quant à la territorialité, nos sujets sont issus de la région montoise (s'étendant de Chièvres à Erquelinnes et de Péruwelz à La Louvière) ou de la région carolorégienne (de Lobbes à Florennes et de Pont-à-Celles à Chimay). L'échantillon a été recruté lors de visites dans un centre médical situé à Mons, à Charleroi ou au sein-même des entreprises. Dans ces conditions, l'échantillon doit être considéré comme *occasionnel*, cependant que le dispatching des sujets s'est effectué sur un mode aléatoire simple, au regard du testing : en effet, la batterie de tests évoquée ci-dessous (test HAD, Hamilton), jugée *lourde* au cours d'un prétest, aura donc été scindée. L'administration des épreuves a mobilisé finalement trois échantillons. La période d'investigation s'étale d'octobre 2002 à février 2004.

Un questionnaire anonyme, à 35 questions fermées, portant sur les habitudes tabagiques (14 questions) et les co-consommations (6 questions) a été administré individuellement au cours de l'examen médical par un médecin du travail, auteur de l'étude.

Pour la région montoise, nous avons recueilli 134 questionnaires pour l'enquête concernant le tabagisme et les co-consommations. Des données concernant la prévalence tabagique ont également été récoltées via d'autres enquêtes ayant pour objectif l'évaluation du niveau

d'anxiété et de dépression, via le questionnaire HAD (Hospital Anxiety Depression scale, 8 questions) et l'échelle de Hamilton (évaluant uniquement l'anxiété, 12 questions), auprès de 174 personnes (respectivement, 112 et 62 personnes). Les résultats concernant la prévalence tabagique portent donc sur 308 personnes pour la région montoise.

En ce qui concerne la région carolorégienne, nous avons recueilli 206 questionnaires portant sur les habitudes tabagiques et les co-consommations. Des données de prévalence tabagique pour cette dernière région ont aussi été obtenues par une enquête visant l'évaluation du niveau d'anxiété (via le questionnaire HAD) auprès de 80 travailleurs. Ainsi, les résultats ayant trait aux habitudes tabagiques portent sur un échantillon de 286 personnes pour la région carolorégienne.

Tableau n°1 : répartition des échantillons

<i>Enquête</i>	<i>Nombre de questionnaires</i>
Questionnaire Tabac Mons	134
HAD Mons	112
Hamilton Mons	62
Questionnaire Tabac Charleroi	206
HAD Charleroi	80
Total	594

Les données ont fait l'objet d'un traitement statistique supporté par le logiciel SPSS® v11.0.

Concernant la population échantillonnée, celle-ci est composée à 70 % d'entreprises de moins de 4 travailleurs, spécialement dans le secteur de la construction, de l'Horeca, de la fabrication métallique ou de garages automobiles...

Globalement, l'échantillon se compose de 24,75 % de femmes et 75,25 % d'hommes, tandis qu'au regard du statut professionnel, on dénombre 75,25 % d'ouvriers pour 21,9 % d'employés. L'âge moyen est de 35,4 ans.

Tableau n° 2 :

Distribution du statut tabagique parmi les hommes et les femmes de l'échantillon

(N = 594)

Sujets	Fumeurs	Non fumeurs
Masculins	52,6 %	47,4 %
Féminins	32,0 %	68,0 %

3.2. Analyse et discussion

3.2.1. Prévalence et profil

Sur l'échantillon global de 594 personnes, nous obtenons une prévalence du tabagisme de 47,3 % avec une répartition selon le sexe de 32 % (47/147) pour les femmes et de 52,6 % (235/447) pour les hommes. Ces données s'apprécient à l'aune des statistiques rapportées par le CRIOC à la même époque et traduisent, avant même une exploration plus poussée des résultats moissonnés par notre étude, l'importance du chantier de la prévention tabagique en entreprise ou, du moins, parmi les PME de Wallonie.

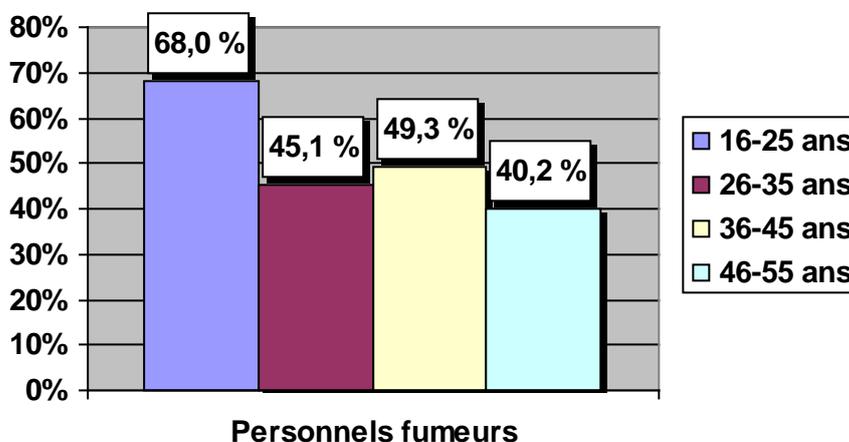
Sur les bases d'un sous-échantillon de 340 sujets (exposés au questionnaire Tabac et co-consommations), sans oublier ce que peut dissimuler – plutôt que révéler – ce *profil*, nous décrivons le fumeur-type comme, avant tout, *masculin, célibataire*, vivant seul ou en concubinage, *ouvrier*, dont les débuts tabagiques remontent à la dix-septième année et dont la consommation quotidienne atteint 14 cigarettes.

3.2.2. Le surinvestissement des jeunes et des sujets moins gratifiés par la scolarité

Nous observons une prévalence tabagique élevée chez les jeunes entre 15 et 25 ans (68 % de fumeurs).

Figure n° 3

Prévalence tabagique en fonction des classes d'âge,
tous travailleurs confondus (N = 340)



Cette prévalence élevée est à lier à un statut professionnel *ouvrier* (*a fortiori* pour les postes *ingrats*, les travaux dangereux de la *construction* ou dans des secteurs exposés au tabagisme comme *l'HORECA*). En effet, sur notre échantillon de 340 personnes, nous constatons une prévalence tabagique, pour les ouvriers, de 54 % contre 35 % pour le statut employé (OR = 2,18).

Ces résultats sont *recoupés*, corroborés par les données que nous avons recueillies à l'égard des filières et parcours scolaires : 55,4 % de fumeurs pour l'enseignement professionnel contre 35,5 % pour l'enseignement supérieur. Si nous nous référons à une autre étude réalisée au sein du siège hennuyer d'une banque et portant sur un échantillon de 291 employés, nous observons, pour la tranche des moins de 35 ans, une prévalence du tabagisme de 14,5 %, très inférieure, dès lors, dans ce milieu. Ces données rejoignent celles proposées par d'autres sources (9,51).

Ces résultats (mais aussi les *normes* tabagiques enregistrées auprès de la population des CFA (Centre de Formation en Alternance) que *suit* le SEPT (Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme)) donnent à penser que *l'identification* au groupe professionnel ouvrier, cumulative au statut social, contribue à asseoir l'expérience tabagique des jeunes des PME.

Cette corrélation entre un taux de tabagisme élevé et l'entrée dans le monde du travail a été soulevée par d'autres auteurs (4,33). Ces données devraient aviver l'intérêt sinon donc étoffer les moyens des agents de prévention face aux jeunes engagés dans ces filières scolaires et mobiliser les acteurs de la promotion de la santé à l'école (PSE) dans un processus de formation propre à qualifier les initiatives organisées dans un schéma de prévention secondaire (l'aide au fumeur).

3.2.3. Filiation tabagique ou modélisation parentale

Dans 82 % des cas, les consommateurs de tabac ont eu des parents fumeurs, spécialement le père. Le comportement tabagique des parents influence le statut tabagique des enfants (OR = 1,99, test X^2 , p-value <0,025). Ces résultats sont largement recoupés (53).

3.2.4. Le recours à la substitution

68 % des fumeurs ont déjà essayé d'arrêter de fumer au moins une fois mais n'ont utilisé que dans 15 % des cas des aides médicamenteuses au sevrage, de type nicotinique principalement. Faisant référence à la médiatisation des apports thérapeutiques, à des aspects proprement

cognitifs ainsi qu'aux *représentations* mises en jeu, différentes hypothèses concourent à l'explication de la rare faiblesse de ce taux.

En effet, la concurrence des laboratoires et le niveau de communication portant sur la *substitution* connaissent (*ont connu*, ces dernières années) un essor considérable et modifient graduellement les représentations de groupes socioprofessionnels ayant pu disqualifier l'importance de la *couverture pharmacologique* du sevrage. La sensibilité, la compétence accrue du corps médical devrait mieux baliser l'aide au fumeur : nécessaire, *la volonté* n'est pas toujours suffisante. Il semble, en dernière analyse, que, **dans la condition virile, ouvrière, où nous situons le gros de l'échantillon, le fumeur scénarise un arrêt qui ne devrait, au fond, rien à personne** : un thème *adolescent*, qui reconduit l'investissement tabagique à travers lequel se jouent l'affrontement du mal ou de la mort, la provocation des parents, l'émancipation... Le même enjeu narcissique serait assigné, dès lors, au sevrage au cours duquel s'affirme à nouveau l'indépendance.

3.2.5. Conscience et représentation de la dangerosité

88 % des personnes (N=340) estiment que le tabac est « très mauvais pour la santé » mais les fumeurs ont tendance à modaliser voire à minimiser la dangerosité du tabac par rapport aux non-fumeurs : quand le tabac est jugé « légèrement mauvais », la réponse est trois fois plus fréquente chez les fumeurs (19,4 %, contre 6,8 % parmi les non-fumeurs). Le *réflexe* intellectuel visant à la négation du risque est... *protecteur* et spontanément mis en jeu par le fumeur (en l'occurrence). Il permet à *l'intéressé* de *filtrer* l'information qui lui rappelle crûment que son comportement revêt un caractère suicidaire ou pour le moins dangereux. Dans les prolongements des travaux du théoricien de la dissonance cognitive L. Festinger (18), Terrade et Meyer (50) identifient ce mécanisme apparenté à la *dénégation* chez des sujets dont les rapports sexuels ne sont pas régulièrement *protégés*. Dans tous les cas, la défense adoptée par l'individu vise à minimiser la *dissonance*, l'inconfort psychique induit par le comportement problématique afin de maintenir la conduite à risque. Néanmoins, la dissonance évoluera, dans le meilleur des cas, vers une conscientisation : 36,2% des non-fumeurs (N=340) sont d'anciens fumeurs.

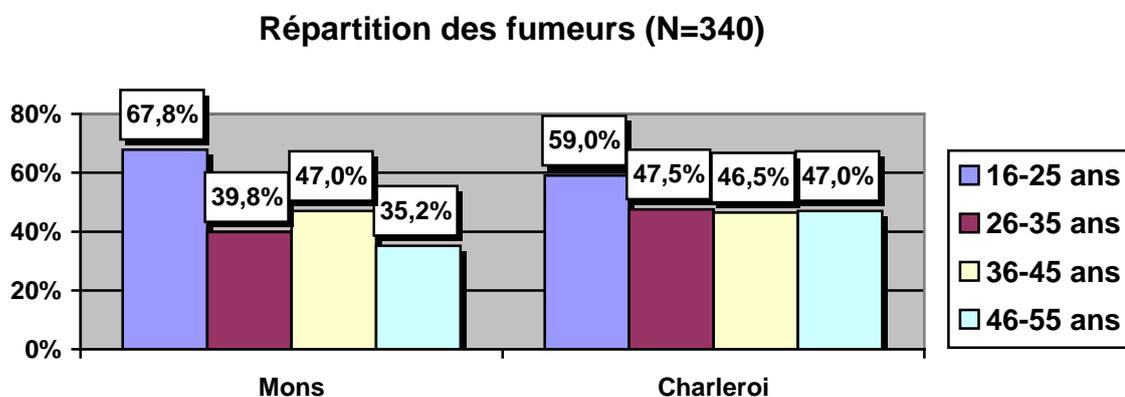
3.2.6. Consommation d'alcool et de psychotropes

Concernant la consommation de boissons alcoolisées, 81 % de l'échantillon boivent entre 3 et 4 verres, essentiellement une fois par semaine (47 %). 21 % consomment une fois par jour et 32 % une fois par mois. Pour l'ensemble de l'échantillon (N=340), nous n'avons pas objectivé de différence significative de consommation d'alcool entre les fumeurs et non-fumeurs.

Pareillement, la consommation de médicaments psychotropes (anti-dépresseurs, anxiolytiques,...) ne présente pas de différence significative entre fumeurs et non-fumeurs, ni entre hommes et femmes.

Nous avons analysé les données en fonction des zones géographiques de Mons et de Charleroi. Globalement, les prévalences de consommation tabagique ne présentent pas de différence significative entre les deux régions.

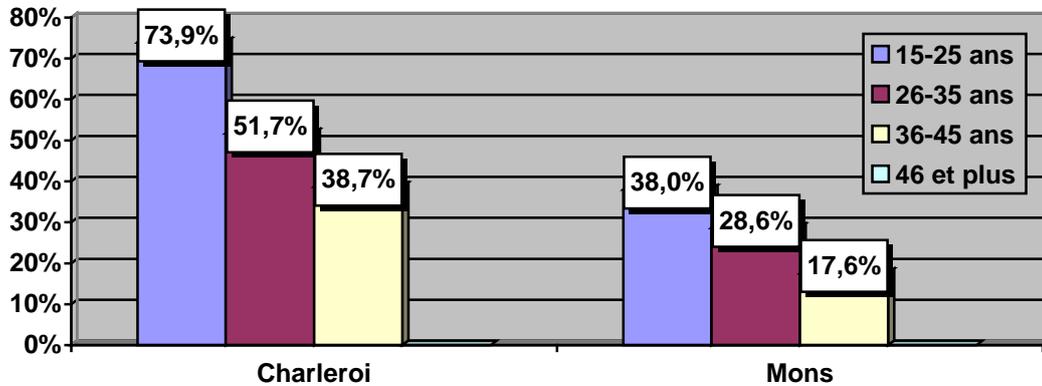
Figure n° 4 :



A propos du **cannabis**, nous observons une différence d'expérimentation (Test X², p-value < 0,05) entre la région montoise (25,3 % des fumeurs) et la région carolorégienne (42,7% des fumeurs).

Figure n° 5

Répartition des fumeurs... de *haschisch* par catégorie d'âge (N=116)



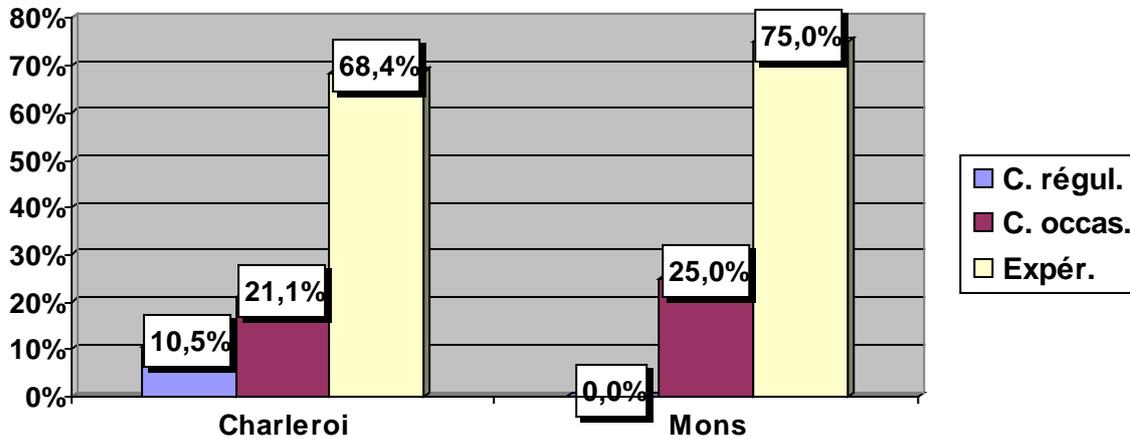
L'expérience du cannabis est plus souvent rapportée (p -value < 0,01) dans la tranche des 15-25 ans de la région de Charleroi, avec une prévalence estimée à 74 %.

Le contexte psychosocial (précarité, violence, délinquance, proximité dealer-client...) interviendrait-il dans cette expérimentation ? Nous insistons sur ce dernier terme car les réponses au questionnaire n'indiquent pas de consommation régulière avouée, même si une sous-estimation (crainte de répondre, effet *Rosenthal*) est à considérer.

Sur l'ensemble de notre échantillon (Mons + Charleroi), 7,4 % des fumeurs de cannabis consomment régulièrement. Ce type de consommation est plus important à Charleroi.

Figure n° 6

Répartition des consommateurs de cannabis
(usage occasionnel ou régulier) vs expérimentation (N=116)



Concernant la consommation **de boissons alcoolisées**, nous mettons en évidence une différence significative entre les fumeurs et les non-fumeurs mais uniquement dans la région de Charleroi (p-value à 0,023) et ceci sur différents niveaux (fréquence de consommation, quantité). Cette corrélation entre consommation d'alcool et tabagisme est bien connue et a d'ailleurs été utilisée comme élément publicitaire par les cigarettiers. D'autre part, sans constituer une dépendance, l'alcool participe à l'univers du fumeur comme régulateur des relations sociales ou, plus globalement, de son affectivité (joie, peur...). Par ailleurs, on observe une différence significative de consommation d'alcool entre hommes et femmes et ceci pour les deux régions : les hommes consomment plus d'alcool que les femmes. « Les hommes savent pourquoi » : au-delà du slogan publicitaire bien connu, virilisant la boisson, l'alcool est en outre investi comme un médiateur social.

Si nous nous intéressons à **la consommation de médicaments psychotropes (sommifères, anxiolytiques, anti-dépresseurs,...)**, nous trouvons une différence significative entre les deux régions à savoir, une consommation plus importante (15,1 %), à nouveau dans la région de Charleroi. La région de Charleroi serait-elle plus favorable à la consommation de substances psychotropes (alcool, cannabis, médicaments) lié au contexte social (précarité,...)?

De cette description, nous retenons plusieurs éléments :

- les fumeurs apprécient couramment le fait de fumer mais *savent* que le tabac est mauvais pour la santé (tout en ayant tendance à minimiser cette information par rapport aux non fumeurs).
- la prévalence élevée de fumeurs chez les jeunes travailleurs, ouvriers, dont l'enracinement socio-scolaire est connu (filières techniques et professionnelles, milieux défavorisés) mais que renforce l'identification groupale au sein de l'entreprise.
- la tendance à la consommation de psychotropes dans la région de Charleroi même si l'expérience du cannabis est une expérience fréquente parmi les jeunes ouvriers de l'échantillon.
- la confirmation de l'influence du comportement parental sur l'habitude tabagique (effet de modélisation comportementale et de normalisation)

Conclusions transitoires

Notre étude a mis en évidence une prévalence importante du tabagisme parmi les ouvriers des PME, spécialement chez les jeunes. Parallèlement, la consommation de cannabis – en zone urbanisée plus qu'en situation rurale – constitue une expérience régulière chez les jeunes travailleurs, indexant la difficulté pour ces consommateurs de cannabis de congédier leurs habitudes tabagiques ou, dirait judicieusement le Professeur Molimar, un ténor de la tabacologie, *la fume* (équivalent au signifiant *smoking habits*). Aussi devons-nous pouvoir mettre en oeuvre, à l'adresse des ces publics, une politique de prévention, des stratégies de communication généralisable à l'ensemble des entreprises.

Le second volet de notre étude explore et définit les options de prévention que peut organiser le schéma SOBANE.

Deuxième partie – **Stratégies de prévention du tabagisme en entreprise**

1. CONTEXTE, OBJECTIFS, PRINCIPE DE LA DÉMARCHE

La première partie a permis de profiler divers points de la problématique au sein des petites et moyennes entreprises du Hainaut : la prévalence du tabagisme est supérieure à la moyenne nationale et spécialement parmi les jeunes.

Les entreprises sont interpellées vivement dans le contexte actuel de la nouvelle législation sur la prévention des fumées de tabac sur le lieu de travail, un véritable « électrochoc » culturel.

Avant ce phénomène, les entreprises réagissaient à l'égard du tabagisme selon des logiques politico-psychologiques.

Les logiques dans cette prévention dépendaient principalement de facteurs tels que :

- *l'image de marque* : si l'entreprise considère la lutte contre le tabac comme une valeur culturelle importante, celle-ci dégagera des politiques positives. Nous pensons, entre autres, aux firmes pharmaceutiques, au créneau du *bio*... qui se trouveraient dans une distorsion de messages trop importante.
- *le statut tabagique* : si la direction est non fumeuse (ex-fumeuse) avec la conviction de l'effet néfaste du tabac (incommodités, risques pour la santé...), elle pouvait de même engager la dynamique sur des bases dirons-nous *optatives* ou subjectives. Une politique d'autant plus soutenue que les syndicats pouvaient partager ces convictions. D'après notre expérience, nous constatons que l'inscription des syndicats dans une politique de prévention du tabagisme dépend largement du statut tabagique du délégué. Le délégué non-fumeur défendra plus volontiers une politique d'interdiction ou de limitation du tabagisme. S'il est fumeur, sa position l'incitera souvent à reléguer la problématique hors du champ des priorités, dans un *mélange des genres* conforme au slogan de l'industrie du tabac : *fumeur ou pas restons courtois*.

Actuellement, ces déterminants ne sont plus centraux : l'exigence de l'Arrêté, la *dénormalisation* du tabagisme au sein de la société moderne augmente en effet la dissonance du fumeur et sa *motricité* face aux changements programmés...

Confronté aux difficultés qu'induit le tabagisme au niveau de toute *société*, le travail de prévention poursuit essentiellement deux objectifs, au-delà de critères de sécurité (risque incendie) mais aussi des coûts supportés par la société (morbidité relative, absentéisme...) :

1°) Prévenir les conflits suscités par la fumée qui peut incommoder les non-fumeurs et qui représente un potentiel de nuisance inacceptable pour leur *intégrité physique*...

Aux *fumeurs impénitents* s'oppose un *clan* non-fumeur uni plus que jamais, très attentif à ses droits mais dont la virulence – affichée désormais – ne peut qu'attiser la *résistance*, éveiller les *défenses* adoptées par les fumeurs et *muscler* de manière dommageable la *confrontation* des *communautés*. Le *temps perdu à fumer* (qui écarte un moment de son poste un *irréductible*) entre également parmi les griefs des non-fumeurs s'ils ne bénéficient pas de compensations.

Dans un contexte où le politique arbitre avec autorité ce débat via l'Arrêté Royal en vigueur le premier janvier 2006, la prévention des conflits prend un sens particulier...

Cependant, même *hors-la-loi*, fumeur ou fumée poseront plus d'un problème au travail : incidents, syndrome de manque ou tensions; malaise, opposition, contournement, transgression... L'Arrêté Royal apporte un cadre inédit mais l'entreprise et les partenaires qu'elle peut mobiliser devront gérer, dans les mois qui viennent, un *chantier* considérable : avec, pour enjeu, *l'adhésion* du fumeur à ce nouvel impératif, loin du *passage en force*...

Au niveau de l'entreprise, l'objectif principal consiste à modifier **la culture interne à l'égard du tabagisme actif et passif** : il s'agit de favoriser, chez tous, **l'évolution des attitudes et représentations relatives à la cigarette, au fait de fumer**. Car l'investissement de la problématique, au-delà des passions, doit pouvoir se faire **sur un mode résolument critique et réaliste : il faut « dénormaliser », « débanaliser » le tabagisme...**

2°) Permettre au personnel fumeur – au travailleur qui se reconnaîtra dépendant – de mettre en question son tabagisme ou, du moins, de se polariser graduellement vers la solution du sevrage.

Dans un climat propice au questionnement, nous cherchons donc à **renforcer la polarisation du fumeur qui** – sans pouvoir, au départ, envisager de se priver de tabac, plutôt rétif à la

prévention – **devrait se montrer de plus en plus critique à l'égard de la cigarette et plus encore à l'égard du *lien* qu'ils entretiennent.**

Au bout d'un cheminement personnel, chacun peut alors envisager plus concrètement, plus sereinement, la solution du sevrage, au lieu d'élaborer des stratégies de *filtrage* (ou d'évitement) des informations qui détaillent les méfaits du tabac.

La dynamique induite au sein de l'entreprise et la sensibilité qui doit enrichir l'information vont donc aménager, pour le fumeur, un contexte exceptionnel dont il pourra tirer parti pour mettre en question son tabagisme.

2. PSYCHOLOGIE DU FUMEUR : IMPLICATIONS THERAPEUTIQUES

Nous évoquerons sa *psychologie*, non sa *personnalité* car il ne convient pas d'assigner de *structure* au fumeur. Autrement dit, si le tabagisme est *symptomatique*, il ne l'est pas d'un radical *déficit* affectant *les fumeurs*, d'un *mal* sous-jacent qui leur soit commun.

Toutefois la réflexion que nous engageons dans cet article entend cerner des caractéristiques ou des *invariants* partagés par les consommateurs nicotino-dépendants.

Oralité : une aspiration profonde à la complétude

Le raccourci qui voudrait *fixer* le fumeur à la composante orale est des plus courants. Le comportement tabagique est en soi *régressif* et perpétue sans doute, en effet, la succion primitive. Encore faut-il en discerner les implications dynamiques...

A l'orée de la vie, le sein maternel est le premier objet qui réfère au manque et donc à la satisfaction : le nourrisson recherche et reconduit ce moment de *complétude* où la substance et l'objet vont pouvoir éteindre son désir. Au cours des mois qui suivent, alors qu'il prend conscience d'une identité propre (et, dans un douloureux corollaire, d'une *altérité* pour sa mère), l'enfant doit faire le deuil d'un sentiment confus de *toute-puissance* puisqu'il intègre alors mentalement qu'il dépend du bon-vouloir d'un être. A cette époque, un *objet transitionnel* (59) investi par l'enfant permettra de supporter la séparation, le départ ou l'absence et puis, dans la généralisation, les moments de détresse ou d'angoisse.

Avec l'objet transitionnel, c'est l'entrée de champ du symbolique, en deçà du langage, et la *tututte* ou le *doudou* ne seront congédiés que dans un nouveau schéma de réassurance où la

pensée, les mots donneront de façon convaincante accès à la permanence de l'autre : absent, nous savons qu'il nous reviendra...

Le fumeur et le toxicomane investissent (ou surinvestissent) un *objet transitionnel* dont la disponibilité n'est quasi jamais prise en défaut. Le manque, aussitôt qu'il réfère à cet objet transitionnel (*J'ai oublié mon doudou ! Je n'ai plus de cigarettes ! ou Vite ma dose de nicotine !*) est un écran pour le vide ou pour la part manquante, pour tout ce qui peut nous faire défaut... Chez le fumeur, l'effet de *masquage* ou de neutralisation des affects (alexithymie, thymorégulation...) fait l'objet de travaux cliniques où la psychologie peut recouper les constats biomédicaux. Si l'accès du fumeur à ce *registre émotionnel* est compromis, si la parole en subit l'hypothèque, on ne pourra que souligner l'importance d'un lieu de parole et d'écoute au moment du sevrage ou dans sa préparation, quand le fumeur est brutalement décontenancé.

Toxico-manie

Si la bouche est *occupée*, les mains du fumeur le sont également. La répétition du geste et l'investissement rituel opèrent à nouveau dans la régulation de l'angoisse et nous devons, pour en mesurer la portée lors de l'accompagnement d'un patient, dépasser le paradigme étroit de la pharmacologie, dans la mesure où le rapport du fumeur à la nicotine est doublé de liens comportementaux, symboliques et sociaux complexes.

Lorsqu'il envisage un arrêt, dans la consolidation du sevrage *a fortiori*, le fumeur est péniblement confronté à la privation : privation de la *substance* (atténuée par la *substitution*), mais aussi privation de l'objet, du rituel ou de la *scène* (Cahier du 1^{er} Colloque de Psycho-Tabacologie 2005, SEPT asbl, à paraître en 2006) et, dès lors, d'un exutoire ou d'un refuge et des gratifications personnelles inhérentes à son tabagisme : effets de *scansion* (marquer dans l'énoncé de la journée, la ponctuation), de récompense ou de contention, de soulagement, de plaisir ou d'excitation : le fin dosage autorisé par l'inhalation confère à la cigarette un pouvoir *sédatif, analgésique* ou situé paradoxalement sur le versant de la *stimulation*.

Des corrélations très édifiantes auront illustré la vertu *médicale* – en première intention – de la cigarette auprès des sujets *dépressifs* ou pénalisés par des angoisses ou des paniques : en psychiatrie, les patients *décompensés* mais aussi les personnalités fragiles dont le test HAD (Hospital Anxiety Depression scale) peut, en consultation, révéler pareil investissement.

L'engagement de l'adolescent : l'air *inspiré* qu'il prend au mépris d'une intégrité virginale

Le *soin* que procurent au fumeur l'objet tabagique et son principe actif répondra finalement de la *persévération* de l'adolescent, cependant que *l'expérimentation* trouve, auprès de la psychologie sociale, un paradigme explicatif assez connu : soutenu par la curiosité, *faire l'adulte* est l'enjeu de ce comportement qui s'affilie donc aux *rituels de passage*. Une épreuve initiatique et la dénégation du mal induit par les gaz irritants, par la pollution déferlante inhalée par défi. La fumée ne tue, sur le champ, que l'enfance...

Alors que ce vécu d'agression n'est pas compensé par un effet psychotrope extravagant, la reconduction de l'expérience est orientée vers l'appriivoisement de la douleur : il s'agit d'effacer la grimace et d'apprécier l'inhalation. Ce *Graal* masochiste, alors que le jeune adolescent voudrait **avoir l'air** mûr ou *sûr de soi*, moins que la nicotine induit l'accoutumance et, **de la répétition privée à la représentation publique, la problématique est inhérente à l'itération** : le geste est répété, les contextes où la cigarette est consommée prolifèrent. Devenu *dépendant*, le jeune a désormais *besoin* de fumer, **besoin de nicotine**.

Aussitôt que le *passage au tabac* de l'adolescent répond à ses besoins personnels, ontologiques (et non seulement ceux de son âge), en deçà de la nicotine, au-delà de l'empoisonnement, *malgré* tout, le traitement du fumeur peut-il s'en tenir à la substitution ?

Le jeune fumeur qui s'attache à la cigarette cherche au-delà de son désagrément, sa vertu. Le fumeur confie à la cigarette un rôle qu'elle ne cessera pas d'assumer.

Consentement du fumeur au pire : il faut bien mourir de quelque chose

La dénégation des effets morbides ou mortifères a pour corollaire la mise en jeu de la vie d'un *bon vivant*. Moins suicidaire qu'animé par la pulsion de mort (consentir à la mort n'est pas se tuer), le fumeur *s'aventure* au-devant de la mort : le chemin qu'il fait à sa rencontre écourte, en effet, d'au moins dix ans, l'espérance de vie qui s'applique à son cas. D'un point de vue clinique, on observe assez régulièrement qu'une appétence à vivre, à mieux vivre est sous-jacente ou coextensive à l'arrêt tabagique. En cela, tout suivi peut revêtir un enjeu psychothérapeutique.

On se rappellera par ailleurs que Freud a lié pulsion de mort et compulsion (*Au-delà du principe de plaisir* (20)).

Inertie, dissonance et dénégation : l'effet du filtre

La prévention, vraiment ça me tue !

Le dernier *trait*, premier par l'évidence est la formidable ambivalence affichée, des années durant, par le fumeur : désireux d'arrêter, le sujet diffère la démarche exigée par le bon sens ou bien s'y montre inconséquent, dans la mesure où le manque affaiblit considérablement la détermination, « *la volonté* » qui l'anime. En deux mots, l'envie d'arrêter cède au besoin de fumer.

La grande inertie du patient tabagique se traduit assez tôt par la dissonance qu'il peut éprouver de façon lancinante : inconfort psychique, sentiment d'impuissance et culpabilité se développent avec la conscience du caractère addictif et de la dangerosité qu'il reconnaît au produit.

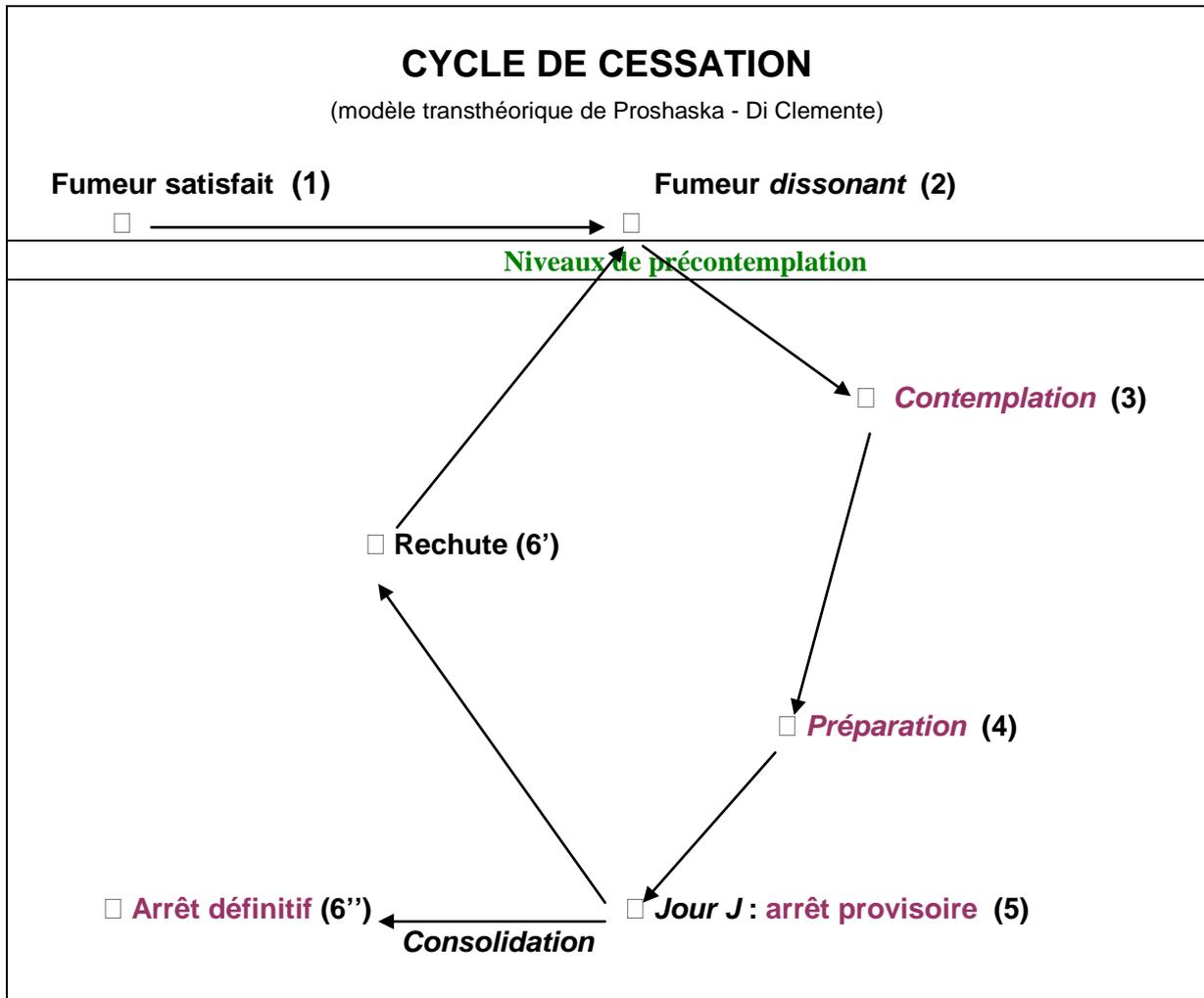
Si, raisonnablement, l'aménagement comportemental – un renoncement définitif au produit – *s'impose* au fumeur, cette option douloureuse va longtemps rester rédhibitoire à l'intéressé : la théorie de L. Festinger (18) éclaire puissamment les fondements de la persévération, car l'hédonisme opère au détriment du levier rationnel. Dans ces conditions, les *défenses* du fumeur consistent en la dénégation du risque : il se prémunit d'une information toujours *importune*, il minimise habituellement sa consommation, réussit parfois même à se rassurer dans la simple évocation d'une *intention* d'arrêt...

Prolongeant les travaux de l'auteur américain, Meyer (50) démontre aujourd'hui que la prévention (l'argumentation déployée) voit son impact amorti par un filtrage, un *zapping* intellectuel opéré par son public cible : *exposé* par ses comportements, *l'intéressé* balaie toute information *dérangante* alors que les sujets qui, dans les faits, ne commettent aucune imprudence (en matière de sida) sont réceptifs aux avertissements...

Le modèle transthéorique de Prochaska – DiClemente (11): des niveaux de *maturation* dans la **question du renoncement du fumeur aux produits tabagiques (figure n°7)**

1. **La première étape** est marquée par la sérénité relative ou le **confort psychique du consommateur**. Il n'est **pas question**, pour lui, d'arrêter... Quand vous lui tendez la perche, il vous répond avec *arrogance* ou parfois même avec un serein dégageant :
Je fume, et alors ?

Figure N°7



2. La pré-intention. Comme une ombre au tableau, voilà que la *dissonance* apparaît. Le fumeur est troublé voire affecté par le *tic tac* (avant l'éventuelle explosion !) des *bombes à retardement* qu'a semées dans sa vie le tabagisme : on pensera donc à la maladie, à la mort d'un proche, à la réprobation de l'entourage, au coût délirant... La *prise de conscience*, enfin, des méfaits de la fumée se conjugue à la révélation du cynisme affiché par l'industrie du tabac. Mais plus, fort que tout, c'est l'aveu de sa dépendance qui gênera le fumeur... **Lors de cette phase qui situe le fumeur au seuil de l'intention d'arrêt, la dissonance infuse ou fait irruption.** Mais, temporairement, sans dépenser trop d'énergie, le fumeur peut encore balayer toute objection : *Pourquoi j'arrêterais ?*

3. Une étape essentielle est franchie quand l'**accumulation de contrariétés permet de concevoir une issue radicale aux soucis du fumeur.** Au lieu de contester l'information, de

s'en défendre, il songe à **s'attaquer à la source du problème**. Et l'idée commence à faire son chemin : *Pourquoi j'arrêteras pas ? C'est la phase d'intention d'arrêt.*

4. La personne instruit, met au point un scénario d'arrêt. Cessant de se voiler la face, elle assume, à ce niveau, l'interpellation de son entourage ou du médecin, se renseigne, interroge aussi volontiers d'*anciens combattants*, les proches ayant vaincu la cigarette en leur temps.

Comment vais-je arrêter ?

5. J'arrête. La phase d'*action*. Quand elle accède au **Jour J**, la personne a tenté de mettre un maximum de chances de son côté. Elle sera toutefois, dans un premier temps, souvent décontenancée par la violence des assauts du manque, par l'ampleur du **syndrome de sevrage**. Ensuite, à supposer que l'effort se poursuive, alors même qu'*estompé le besoin* n'a plus vraiment cours mais que *l'envie* demeure, le fumeur abstinente fera l'épreuve ingrate, insidieuse et jamais vraiment balisée de la fragilité, cherchant de nouveaux repères et diversifiant ses réponses au manque, à la solitude, à la fatigue, au stress, à l'agacement...

6. La rechute... ou la consolidation de l'arrêt : pourquoi je tiendrai(s) bon ?

6'. S'il craque au bout d'un combat trop lourd ou mal engagé, le fumeur s'en retourne à la cigarette et ne peut longtemps modérer sa consommation. Mais **le sentiment d'échec et la rumination traduiront déjà sa dissonance.**

6'". La littérature scientifique retient souvent **l'échéance de la première année pour valider la tentative**. C'est dire que **le follow-up doit assurer l'accompagnement du fumeur abstinente bien au-delà des cinq jours du fameux plan**, bien au-delà des premières semaines aussi, quand la personne aura tendance à relâcher sa vigilance et que manqueront au rendez-vous les gratifications dont elle avait rêvé...

3. LA DÉPENDANCE : UN FAISCEAU DE LIENS

L'aide au fumeur ne se conçoit pas sans référence à la dépendance :

- **pharmacologique** : il s'agit essentiellement de nicotino-dépendance. Cet alcaloïde a pour caractéristique de stimuler les récepteurs à l'acétyl-choline de type $\alpha 4\beta 2$ et $\alpha 7$ (35), situés

dans différentes régions cérébrales et en particulier dans le circuit mésolimbique (zone de récompense). La consommation régulière va induire un phénomène de tolérance et d'accoutumance traduisant la multiplication des récepteurs par phénomène de *up-regulation* (34). Lors de l'arrêt, l'absence de stimulation de ces récepteurs amplifiés va induire un syndrome de sevrage marqué par de la nervosité voire de l'irritabilité, des **troubles du sommeil et de la vigilance : un avertissement qui ne saurait laisser la profession de préventeur ou de médecin du travail indifférente.**

- **comportementale** : fumer relève d'une habitude et met en jeu des gestes *appris*, des réflexes, un *rituel* (au deux sens du terme) où le consommateur puise un peu de sa *contenance*;
- **sociale** : un contexte humain – relationnel – appelle ou rappelle un tabagisme à vocation de partage et de cohésion;
- **symbolique, enfin** : la cigarette (ou la pipe, ou le cigare), en effet, s'est imposé(e) au fumeur et, chez lui, *tient lieu de quelque chose...* Or cet investissement symbolique est voilé par les déterminants rationnels de son tabagisme : on évoquera le besoin de nicotine ou le stress, l'habitude alors que va plonger dans l'inconscient les enjeux qui déterminent, en profondeur, l'envie de fumer, l'enjeu qui l'engage historiquement : l'emprunt d'un *signifiant* paternel, d'un élément *caractéristique* (métonymie), la solitude originellement contrée, le défaut d'assurance, la *condition* sociale ou féminine...

Le tabac, la cigarette, en faisant *l'objet du manque*, seront chez le fumeur identifiés comme antidote au *vague à l'âme*, au stress, à la fatigue, à certains affects, à la souffrance, à l'inconfort psychique. A cet égard, les objets tabagiques ou la nicotine ont pour effet de *masquer* sinon de *combler* nos failles. Au moment du sevrage, il est évident que tous ces manques, estompés longtemps par la cigarette, endigués durant des années, se manifestent avec une intensité cuisante...

Aussi l'aide au fumeur doit-elle également s'inscrire dans un courant de préoccupations plus vaste, avec le souci d'intégrer :

- la **mise en question de toute autre assuétude**
- les repères de la **promotion de la santé (qualité de vie, bien-être (Charte d'Ottawa, 1986))**

Comme le tabac – dont ils vont renforcer les effets sur le plan cardio-vasculaire notamment – **le stress, les habitudes alimentaires, la sédentarité (la boisson**, par ailleurs) non seulement participent à l'invalidation du capital santé, mais vont également fragiliser les chances du fumeur d'évoluer vers le sevrage.

4. MOYENS D'AIDES AUX FUMEURS

4.1 Aides médicamenteuses au sevrage

4.1.1. La substitution nicotinique : elle consiste à substituer à la dose de nicotine obtenue par la résorption pulmonaire (ou, le cas échéant, via la muqueuse buccale) une dose équivalente, pharmacologique, avant de la diminuer progressivement par palier pour permettre un sevrage. Le traitement s'étale sur une période de 3 à 4 mois. Trois modes d'administration sont utilisés : la voie transdermique via le *timbre* ou *patch* (avec une durée d'action soit de 16 heures ou 24 heures), la voie buccale (gommes ou pastilles), la voie respiratoire via l'inhalateur (*inhaler*). L'efficacité de cette substitution (quelque soit la voie d'administration) varie autour de 17 % (48) à un an d'abstinence. La dose nécessaire peut être évaluée (si l'on renonce à la précision que nous accorde l'analyse des taux de cotinine urinaire) par le test de Fagerström (26) et par le nombre de cigarettes fumées : +/- 1 mg de nicotine par cigarette.

4.1.2. Le Bupropion (Zyban®) : il s'agit d'un médicament par prise orale. Le bupropion est un faible inhibiteur de la recapture neuronale de la noradrénaline et de la dopamine (participant aux réseaux de récompense). Il est métabolisé par le cytochrome CYP2B6 et inhibe le CYP2D6. Sa posologie est de 300 mgr par jour (en deux prises de 150 mgr) sur une période de 6 à 8 semaines suivant l'arrêt de tabac, après un essai d'une prise de 150 mgr pendant 1 semaine précédant l'arrêt. L'efficacité à un an d'abstinence (28) est de 24,4% versus 10,5% avec le placebo. Ce médicament a certaines contre-indications comme l'épilepsie, pathologies cérébrales, un passé d'anorexique, etc... Des effets secondaires incommodes peuvent être présents et démobiliser le patient (insomnie, bouche sèche, ...).

4.1.3. La Nortriptyline (Nortrilen®) : ce médicament est un antidépresseur tricyclique se marquant par une inhibition de la recapture de la noradrénaline et légèrement de la sérotonine. Son efficacité varie entre 14 et 24% versus 3 et 12% avec le placebo (23,47). Il a des effets secondaires plus ou moins inconfortables (bouche sèche,...).

4.1.4. Le Rimonabant : il s'agit d'un antagoniste des récepteurs centraux au cannabis. Il bloque l'action de la nicotine et participe, par cette voie, à l'aide à l'arrêt tabagique (8).

4.1.5. La vaccination anti-nicotinique : elle reste à un niveau expérimental (7). Mais les données tendent à montrer l'efficacité d'une vaccination contre la nicotine (27). Celle-ci étant neutralisée, l'effet recherché n'est plus rencontré. Ce phénomène pourrait participer à l'aide à l'arrêt tabagique

4.1.6 La varénicline (Champix®) : il s'agit d'un agoniste partiel des récepteurs nicotiniques $\alpha 4\beta 2$. Cette molécule imite l'action de la nicotine au niveau de la libération dopaminergique du nucleus accumbens, induisant l'atténuation de la réponse tabagique. Les données cliniques expérimentales (15) semblent présenter des taux d'abstinence meilleurs par rapport aux autres médicaments. Cette molécule pourra être disponible sur le marché vers 2007.

4.2. Aides psychologiques au sevrage

Si les aides médicamenteuses ont montré leur efficacité, celle-ci est améliorée par l'aide psychologique associée. Les modèles **cognitivo-comportementaux** (40) permettent de travailler sur la gestuelle et les rituels liés au tabagisme en substituant les réponses comportementales, en supprimant les réponses tabagiques ou en réduisant le nombre de stimuli à fumer. La restructuration cognitive améliore la capacité de résolution de problèmes et l'affirmation de soi face aux tentations tabagiques. Ces techniques peuvent être appliquées en individuel ou en groupe. Au-delà du geste et de la cognition, le fumeur est plongé dans une *dynamique inconsciente* dont la cigarette peut être le symptôme d'un malaise névrotique voire plus (voir chapitres précédents). Aussi, une attention particulière doit être posée sur le sens donné au tabagisme et sur tout engouffrement dépressif...

Depuis quelques années se met en place en Communauté française, un réseau de plateformes pluridisciplinaires, spécialisées dans la prise en charge des fumeurs, au travers du label CAF® (déposé par le FARES), les fameux Centres d'Aide aux Fumeurs (voir www.fares.be). Ils regroupent des professionnels de la santé, spécialisés en tabacologie. Une approche médicale, psychologique mais aussi diététique, sophrologique est proposée. Les consultations sont individuelles ou menées en groupe. Une expertise pour la gestion du tabagisme en entreprise peut y être appuyée.

4.3. Réduction tabagique

Bien que la diminution de consommation tabagique n'influence pas significativement la réduction des risques de santé, des recherches récentes ont mis en évidence l'intérêt de cette réduction dans l'objectif d'augmenter le nombre d'arrêt. En effet, 70% des fumeurs, bien qu'interpellés par une décision d'arrêt, n'envisagent pas cette décision dans l'immédiat. En

leur proposant de réduire leur consommation tabagique par l'introduction d'une substitution nicotinique alternée à leur tabagisme, quelques études (2,55) mettent en évidence une augmentation du nombre d'arrêts avec ce type de substitution de 3 à 18 mois. Cette proposition permet d'éviter le phénomène de compensation tabagique (auto-titration). En effet, le fumeur adapte sa manière de fumer de telle manière à maintenir une nicotémie constante. C'est dans ces conditions que n'est plus permise aujourd'hui la référence totalement fallacieuse à des cigarettes « légères » ou « light »... censées tendre vers l'innocuité cependant que le consommateur va *de facto* rétablir le dosage en bouchant les micropores ou via des bouffées plus profondes ou plus fréquentes...

4.4. Restriction de l'usage du tabac

L'arrêté royal du 19/01/05 va dans le sens de la restriction de l'usage du tabac sur le lieu de travail puisqu'il détermine en son article 5 l'interdiction de fumer dans les lieux fermés du travail. Si cette législation « prend en otage » la dépendance du fumeur, ce type de législation a montré son efficacité en terme de diminution du nombre de fumeurs et de consommation tabagique en général (5,17) en limitant les fumeurs, leur accessibilité...

4.5. Multimédias

La communication en matière de santé (3) passe par différents supports : brochures, affiches, moyens audio-visuels... Ce déploiement, s'il peut mobiliser de bons ressorts, apporte une information traitée sur le plan rationnel mais aussi sur le plan émotionnel. Ce niveau de sollicitation plus affectif est très utilisé dans les techniques de marketing mais aussi dans le secteur de la prévention en matière de santé. La recours à la peur, s'il n'est pas largement contre-éclairé par une interpellation positive (encouragements diversifiés, valorisation des objectifs ou des bénéfices, évocation des pistes offertes au fumeur, émulation, dévoilement du machiavélisme ou du cynisme avec lequel procède l'industrie du tabac...) va certes à l'encontre de la philosophie de la *promotion de la santé* : elle est opératoire pour un changement à court ou moyen terme à condition d'être associée à une proposition d'aides (58). Globalement, le message devrait porter sur divers déterminants chargés d'affects et qui pourront, chez le fumeur, susciter la réflexion, la mise en projet, l'anticipation d'un mieux-être (message positiviste).

4.6. Autres techniques d'aide

L'hypnose (encore faut-il dégager l'ivraie du bon grain, l'intégration de techniques hypnotiques à des consultations thérapeutiques où l'écoute et la parole sont les premiers ressorts de la cure), l'auriculothérapie, l'acupuncture, la *laserthérapie* sont des techniques connues du grand public. Celles-ci ont fait l'objet d'une analyse dans la Cochrane Review de 1998 (1) et 1999 (56). Les conclusions : pas d'efficacité supérieure de ces techniques par rapport aux autres techniques conventionnelles (médicaments, ...) ou à l'absence d'intervention. L'effet placebo est important. Ce qui justifie paradoxalement leur caution par le médecin du travail ou par le médecin traitant lorsqu'un patient met *sa foi* dans la balance.

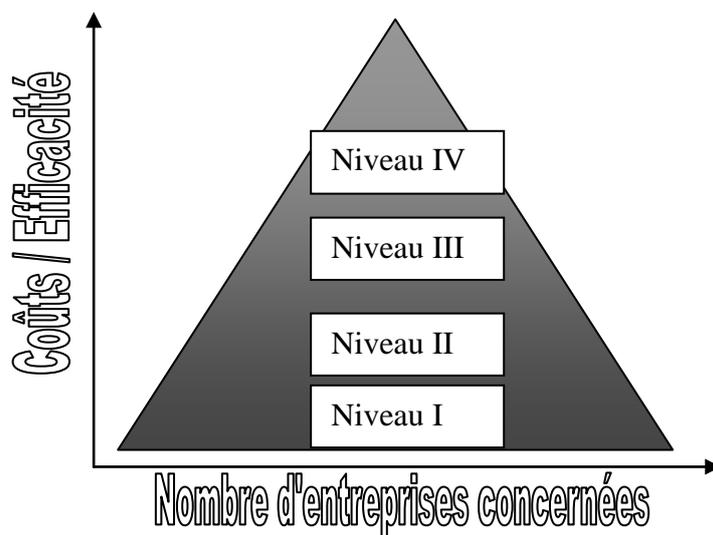
4.7. Incitants financiers gouvernementaux

Alors que d'autres problèmes de santé publique reçoivent un remboursement partiel variable de la part de l'INAMI, nous remarquons qu'en matière de tabagisme, les ressources sont plutôt maigres. Globalement, il n'y a pas d'intervention pour les médicaments du sevrage tabagique. Pour les fumeurs de moins de 35 ans et ayant un VEMS (Volume Expiratoire Maximum par Seconde) inférieur à 80%, un remboursement (Décision Ministérielle du 9/2/04) du Zyban (un conditionnement de 100 comprimés) est prévu avec maximum 3 demandes sur une période de 5 ans. Pour les femmes enceintes fumeuses, l'arrêté royal du 17/09/05 (MB 07/10/05) prévoit une intervention financière de 120 euros pour un suivi de 8 séances (art. 2, §2) ainsi que pour le conjoint, et de 55 euros pour l'aide médicamenteuse du sevrage du conjoint (art.3, §2). Cette campagne est en principe effective en ce début 2006 (voir www.grossessesanstabac.be).

5. ETAPES ET STRATÉGIES DE GESTION / PREVENTION

La stratégie de communication en matière de tabagisme essaie d'intégrer les éléments développés antérieurement à savoir : la psychologie du fumeur comprenant le nécessaire apprivoisement de son ambivalence au travers de la motivation mais en y intégrant également l'efficacité relative des moyens de communication et la réalité socio-économique des entreprises. Celle-ci s'est donc inspirée de la méthodologie SOBANE (voir www.sobane.be) en organisant les interventions sur 4 niveaux (Figure n°8, 9) :

Figure n°8



Niveau 1 : utilisation du dossier médical et du conseil minimal. Durant l'examen médical, on interrogera le statut tabagique du travailleur. Cela nous donne quelques renseignements sur la prévalence. Ce dépistage aboutit à une prévention qui peut être celle du mini-conseil pratiquée en médecine générale (SSMG (21)) et inspirée de la technique des « **5A** » (on identifie systématiquement tous les fumeurs à chaque contact (*Ask*), on incite fermement les fumeurs à l'arrêt du tabac (*Advice*), on évalue la motivation du fumeur à l'arrêt (*Asses*), on doit pouvoir aider le fumeur (*Assist*) et assurer le suivi (*Assure follow-up*)) : le mini-conseil se résume donc à trois questions : êtes-vous fumeur ?, Souhaitez-vous arrêter de fumer ? Souhaitez-vous que je vous donne de l'information ou de l'aide ?. Pour évaluer le niveau de dépendance à la nicotine, on peut utiliser l'index (25) d'intensité du tabagisme et en posant deux questions : *Combien de temps s'écoule-t-il entre votre réveil et votre première cigarette et combien de cigarettes fumez-vous par jour ?* Le score permet de déterminer la nécessité d'un traitement d'aide médicamenteuse. On peut évoquer avec eux les différents traitements (substitution nicotinique, bupropion (Zyban®), centre d'aide aux fumeurs...). Nous pouvons également utiliser les examens complémentaires réalisés dans le cadre de la médecine du travail (EFR, RX thorax) pour sensibiliser les fumeurs à leur état de santé. On

peut ainsi utiliser un appareil électro-chimique de mesure du CO expiré utilisé régulièrement dans les consultations de tabacologie. Ces médias (examens objectifs) permettent de ramener le fumeur à la réalité sans passer par la confrontation relationnelle (expert – patient). Nous évitons ainsi toute position d'autorité fermée (16). Par ailleurs, il importe d'occuper une position d'empathie pour favoriser la motivation (entretien motivationnel (38)). Le temps consacré peut être variable mais nous estimons qu'un temps moyen de 5 minutes permettrait, à ce niveau, de participer à la *dénormalisation* de la cigarette. Il faut éviter toute communication paradoxale (ex. : « je vous conseille d'arrêter de fumer » en ayant un paquet de cigarette dans la poche de la chemise).

Tableau n°3

Index d'intensité du tabagisme

<i>Combien de temps s'écoule entre votre réveil et votre première cigarette ?</i>	
dans les 5 minutes	3
de 6 à 30 minutes	2
de 31 à 60 minutes	1
après 60 minutes	0
<i>Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?</i>	
1 à 10	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 et plus	3

Niveau II : L'évaluation de la problématique du tabac peut être explorée à l'aide d'une enquête par questionnaire dans lequel on évalue les habitudes tabagiques et on propose différentes solutions. Ce questionnaire a une double fonction : la première permet de travailler sur la dissonance du fumeur par l'interpellation des questions et deuxièmement, les informations recueillies permettent d'évaluer les besoins en matière d'aides à leur proposer. D'autre part, ces informations peuvent être une bonne base de réflexion pour la constitution d'un groupe de travail. Celui-ci doit être composé de tout les représentants de l'entreprise y compris les responsables de la prévention en assurant un équilibre entre fumeurs et non-fumeurs. Ce groupe de travail assurera la pérennité du projet et permettra de donner plus de congruence à l'organisation de la politique de prévention et de restriction de l'usage du tabac. Les médias (affiches, brochures, e-mails, moyens audio-visuels) permettront une communication collective au travers de la ponctuation régulière de l'ambivalence du fumeur. Par ce biais, nous tentons de faire passer le fumeur du stade de fumeur consonant

(« *heureux* ») au stade de fumeur ambivalent et enfin d'initier un arrêt du tabagisme. Les messages essaient de dédramatiser l'arrêt du tabagisme et d'éviter la confrontation fumeur / non-fumeur : « L'ennemi, c'est le tabac, pas le fumeur ».

Niveau III : Nous proposons l'organisation de séances d'informations (interactives) qui mettent en lumière

- les méfaits de la cigarette (un processus morbide et l'entrave ou invalidation fonctionnelle immédiate),
- la duplicité, le cynisme des cigarettiers (voir www.tobaccodocuments.org et Dubois G. (14)), la manipulation du consommateur et du produit.

Cette stratégie vise à potentialiser l'investissement critique à l'égard de la cigarette. On essaie d'éroder l'imaginaire développé par la publicité et les phénomènes identificatoires. En effet, si on donne uniquement une information scientifique (44), le fumeur aura tendance à la disqualifier car soumis à une relation expert – patient. Ces séances permettent de préparer certains fumeurs à améliorer leur motivation pour entreprendre une démarche de sevrage, par exemple, dans les centres d'aide aux fumeurs, chez leur médecin ou dans les groupes de sevrage en entreprise. Des réunions de préparation sont alors organisées dans l'optique d'une organisation du niveau IV. De notre expérience sur cette année 2005 (+30 réunions animées), peu de fumeurs (moins de 10%) se déplacent à ces réunions de sensibilisation, suggérant leur ambivalence et...leur résistance.

Niveau IV : Nous proposons une prise en charge du sevrage sous forme de dynamique de groupe. Cette prise en charge est de type psychologique et ses principaux déterminants sont la motivation, l'écoute, la dynamique de groupe, les conseils psychologiques, la relaxation et les conseils diététiques.

Pour apprécier l'efficacité d'un programme de sevrage, on prend en compte le taux d'abstinence à 1 an. Pour les programmes en entreprise, deux méta-analyses ont été réalisées : la première (Fisher & Coll. (19)) a estimé ce taux entre 1,5 % et 33 %. La seconde (Smedslund & Coll. (49)), plus récente, met en évidence un taux d'abstinence entre 6 et 30,8 % (moyenne = 16,7 %) pour les programmes de suivi sur 6 mois, entre 7 et 50 % (moyenne = 20,8 %) pour les programmes de 12 mois, entre 7,5 % et 30 % (moyenne = 17,2 %) pour les programmes de plus de 12 mois .

Un taux de 13 % est généralement considéré comme suffisant pour justifier un programme. Pour ce qui nous concerne, nous privilégions les programmes « de moyenne ampleur » à

savoir 10 séances d'une durée d'une heure trente et étalées sur une période de six mois : trois séances la première semaine, deux séances la seconde et une séance la troisième semaine. Les autres séances sont espacées progressivement sur les mois restants. Nous justifions cette stratégie par le coût onéreux des programmes « lourds », estimant qu'avec cette méthode *intermédiaire*, le rapport coût/efficacité est optimal.

Ces éléments économiques sont à relativiser en regard de l'intérêt majeur de la santé publique et des coûts indirects liés au tabagisme pour l'entreprise (congé-maladie, ventilation, entretien...). Nous comprenons que ces programmes soient un frein pour les employeurs, spécialement pour les petites entreprises.

	Niveau I	Niveau II	Niveau III	Niveau IV
Comment	Observations simples – Technique des 5A	Evaluation objective- Médias	Séances d'information et de préparation	Expertise – Dynamique de groupe
Coût	+	++	++	++++
Efficacité	+	+	+	+++
Qui	Médecins du travail	Médecin du travail + préventeurs + groupe de travail	Médecin du travail + préventeurs + experts	Experts- tabacologues (psychologues, médecins, volet diététique)

Figure n°9 : tableau récapitulatif des investissements graduels mobilisés par la prévention du tabagisme en entreprise.

Rôle du médecin du travail :

Celui-ci constitue le point central à la mise en dynamique de cette stratégie. Son contact privilégié avec les travailleurs constitue un levier communicationnel très important.

Compte tenu des implications législatives de la fonction de médecin du travail, il semble que l'Inspection du Travail ne soit pas favorable à ce que celui-ci occupe une position active dans le sevrage des fumeurs (sur base de l'article 15, 16 et 20 § 3 de l'AR 28/05/2003). De plus, l'accumulation d'un rôle de préventeur et de thérapeute peut être une source de confusion relationnelle, spécialement dans des prises de décisions ultérieures dans le cadre de la surveillance de santé des travailleurs.

Conclusions générales

Le monde du travail est touché par le tabagisme avec d'autant plus de force qu'il s'inscrit dans une *culture* ouvrière où le « risque » est *érotisé* : le corps de l'homme *admet* la maltraitance, de l'écorchure à l'inhalation profonde. A cet égard, le tabagisme est surinvesti par ses connotations *virile* et même *ordalique* sitôt que la mort est bravée de façon répétée. L'ampleur du phénomène, le « défi 2006 », la nature de la dépendance et les enjeux symboliques associés à la cigarette rendent impérieux les investissements de l'entreprise et de ses collaborateurs en matière de gestion des risques et d'optimisation du bien-être. Face au chantier, la considération de l'hétérogénéité foncière du public, la prise en compte également de la charge affective ou psychosociale associée à la dépendance et le schéma SOBANE enfin (les stratégies étagées qu'il propose) pourront baliser les objectifs intermédiaires et les démarches adoptées par les acteurs internes et les professionnels associés. Vers une entreprise sans fumée, pas sans fumeurs !

Bibliographie

1. Abbot N.C., Stead L.F., White A.R., Barnes J., Ernst T., *Hypnotherapy for smoking cessation* (Cochrane Review), in The Cochrane Library Issue 1, Oxford, 1999
2. Bolliger CT, Zellweger JP, Danielsson T., Van Biljon X., Robidou A., Westin A., Perruchoud AP., Sawe U., Smoking reduction with oral nicotine inhalers : double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety, *BMJ*, 321(7257): 329-33, 2000
3. Bontemps R., Cherbonnier A., Mouchet P., Trefois P., *Communication et promotion de la santé*, Question-Santé asbl, 2^{ème} Ed., 2004
4. Breslin F., Adlaf E., Part-time work and cigarette use among teenagers: Does age moderate this relationship ? , *Can J Public Health*, 93 (5) : 356 – 359, 2002
5. Brownson RC, Hopkins DP, Wakefield MA, Effects of smoking restrictions in the workplace, *Annu Rev Public Health*, 23 : 333-48, 2002
6. Buziarsist J. & Coll., *Enquête de santé par interviews – Belgique 2001*, Institut Scientifique de Santé Publique, 2002
7. Cerny T., Anti-nicotine vaccination : where are we ?, *Recent Results Cancer Res.*, 166 : 167-75, 2005
8. Cohen C., Perrault G., Voltz C., Steinberg R., Soubrie P., SR141716, a central cannabinoid (CB1) receptor antagonist blocks the motivational and dopamine-releasing effects of nicotine in rats, *Behav Pharmacol*, 13 : 451-63, 2002
9. Dautzenberg B., *Le Tabagisme*, Ed. Privat, Paris, 1996.
10. De Henauw S., *Trends and Regional Differences in Coronary Heart Disease Incidence and Risk Factors in Belgium*, Ghent University, 2000.
11. Di Clemente C.C., Prochaska J.O, Self change and therapy change of smoking behavior : a comparison of processes of change in cessation and maintenance, *Addictive Behaviors*, 7, 133-142, 1982
12. Doll R., Hill A.B, Lung cancer and other causes of death in relation to smoking : a second report on the mortality of British doctors, *Br. Med. J*, 2 : 1071-1981, 1956
13. Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I., Mortality in relation to smoking : 50 years' observations on male British doctors, *Br. Med. J*, 328 : 1519, 2004
14. Dubois G., *Le rideau de fumée : les méthodes secrètes de l'industrie du tabac*, Ed. du Seuil, Paris, 2003

15. Fagerstrom K., Balfour DJ., Neuropharmacology and potential efficacy of new treatments for tobacco dependence, *Expert Opin Investig Drugs*, 15(2) : 107-16, 2006
16. Falomir J.M., Mugny G, Invernizzi F., Influence d'expert sur l'intention d'arrêter de fumer : contrainte persuasive et enjeux identitaires, *Psychologie Française*, n°47-4, 61-71, 2002
17. Farkas AJ, Gilpin EA, Distefan JM, Pierce JP, The effects of household and workplace smoking restrictions on quitting behaviours, *Tob Control*, 8(3) : 261-5, 1999
18. Festinger L., *A theory of cognitive dissonance*, Stanford, CA : Stanford University Press, 1957
19. Fisher KJ, Glasgow RE, Terborg JR, Work site smoking cessation : a meta-analysis of long term quit rates from controlled studies, *J Occup Med*, 32, 429-39, 1990
20. Freud S., *Au-delà du principe de plaisir*, in Œuvres complètes, Tome XV, Ed. PUF, Paris
21. Gailly J., Recommandations de Bonne Pratique : arrêter de fumer, *Revue de la Médecine Générale*, SSMG, suppl. n°224, Juin 2005
22. Hackshaw A.K., Law M.R., Wald N.J., The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke, *BMJ*, Vol 315, 980-8, 1997
23. Hall S.M., Reus V., Munoz R.F. et al, Nortryptiline and cognitive-behavioral therapy in the treatment of cigarette smoking, *Arch Gen Psychiatry*, 55 : 683-90, 1998
24. Hammond SK, Exposure of US workers to environmental tobacco smoke, *Environ Health Perspect*, 107, suppl. 2, 329-340, 1999
25. Heatherton T., Kozlowski L.T., Frecker R.C., Rickert W.S., Robinson J., Measuring the heaviness of smoking using self reported time to first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day, *Br J Addict*, 84 : 791-800, 1989
26. Heatherton T., Fagerström K.O., The Fagerström test for nicotine dependence : a revision of the Fagerström tolerance questionnaire, *Brit J Addict*, 86 : 1119-1127, 1991
27. Hieda Y., Keyler D.E., Ennifar S., Fattom A., Pentel P.R., Vaccination against nicotine during continued nicotine administration in rats : immunogenicity of the vaccine and effects on nicotine distribution to brain, *Int J Immunopharmacol*, 22 : 809-19, 2000
28. Hurt R.D., Sachs D.P.L., Glover E.D. and al, A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation, *N Engl J Med*, 337 : 1195-1202, 1997
29. Jiang He, Vupputuri S. and al, Passive smoking and the risk of coronary heart disease : a meta-analysis of epidemiologic studies, *NEJM*, Vol 340, 12 : 920-926, 1999

30. Jorenby D.E., Leischow S.J., Nides M.A & al., A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation, *N Engl J Med*, 340 : 685-91, 1999
31. Jousilahti P., Patja K., Salomaa V., Environmental tobacco smoke and the risk of cardiovascular disease, *Scand J Work Environ Health*, 28 Suppl 2, 41-51, 2002
32. Judson Wells A., Lung cancer from passive smoking at work, *American journal of Public Health*, Vol 88, 7 : 1025-1029, 1998
33. Largie S., Field T., Hernandez-Reif M., Sanders C., Diego M., Employment during adolescence is associated with depression, inferior relationships, lower grades, and smoking , *Adolescence*, 36 (142) : 395 – 401, 2001
34. Le Houezec J., La dépendance à la nicotine, *AIM*, 40-45, 1995
35. Leonard S., Bertrand D., Neuronal nicotinic receptors : from structure to function, *Nicotine & Tobacco Research*, 3 : 203-223, 2001
36. McCurdy SA, Sunyer J., Zock J-P., Anto JM, Kogevinas M, Smoking and occupation from the european community respiratory health survey, *Occupational and Environmental Medicine*, 60 : 643 – 648, 2003
37. Malchaire J., Stratégie générale de prévention des risques professionnels, *Cahier de Médecine du travail*, XXXIV, 3-4, 159-166, 1997
38. Miller W., Rollnick S., *Motivational interviewing. Preparing people for change*, 2nd Edition, The Guilford Press, 2002
39. Molimard, R. *La Fume-Smoking*. S.i.d.e.s., Fontenay-sous-Bois. 2003.
40. Murphy D.B., Pescatello L.S., Goldshool M., Sherzer H., Short-term and long-term abstinence rates associated with a hospital-based behavioral approach to smoking cessation, *American J Health Promotion*, Vol 8, 6 : 420-424, 1994
41. Observatoire de la Santé du Hainaut, Carnet de bord de la santé 2004, *Santé en Hainaut*, N°5, 2004
42. Paterson D., Nordberg A., Neuronal nicotinic receptors in the human brain, *Progress in Neurobiology*, 61, 75-111, 2000
43. Peto R., Lopez AD, Boreham J., Thun M., Heath CJ, *Mortality from smoking in developed countries* , Oxford University Press, 1994
44. Pierret Anne-laure, *L'impact de l'implication et de la peur sur la profondeur du traitement de l'information et sur le changement d'attitude : application à un message anti-tabac*, Mémoire de Licence en Psychologie 2002, UCL

45. Piette D., Prevost M., Boutsen M., de Smet P., Leveque A., Barette M., *Vers la santé des jeunes en l'an 2000 : une étude des comportements et modes de vie des adolescents de la Communauté Française de Belgique de 1986 - 1994*, ULB -Comm. Française
46. Pitsavos C., Panagiotakos DB., Chrysohoou C., Skoumas J., Tzioumis K., Stefanidis C., Toutouzas P., Association between exposure to environmental tobacco smoke and development of acute coronary syndromes : the CARDIO2000 case-control study, *Tob. Control*, 11(3), 220-5, 2002
47. Prochazka M.D., Weaver M.J., Keller T. et al, Randomized trial of nortryptiline for smoking cessation, *Arch Intern Med*, 158 : 2035-39, 1998
48. Silagy C., Mant D., Fowler G., Lancaster T., *Nicotine replacement therapy for smoking cessation*, (Cochrane Review) in : The Cochrane Library, Issue 2 Oxford, 2000
49. Smedslund G, Fisher KJ, Boles SM, Lichtenstein E, The effectiveness of workplace smoking cessation programmes : a meta-analysis of recent studies, *Tob. Control*, 13 (2) : 197-204, 2004
50. Terrade, F., Meyer, T. Auto-évaluation des connaissances sur le risque (SIDA) et traitement défensif de l'information. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 59 : 40-53, 2003
51. Tichet J., Vol S., D'Hour A., *Une situation sociale particulière influence-t-elle les modalités de l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac ?*, Conférence de consensus, Ed EDK, Paris, 1998
52. Trout D., Decker J., Mueller C., Bernert JT., Pirkle J., Exposure of casino employees to environmental tobacco smoke, *J Occup Environ Med*, 40(3) : 270-6, 1998
53. Vink J., Willemsen G., Boomsma D., The association of current smoking behavior of parents, siblings, friends and spouses, *Addiction*, 98 (7) : 923 – 931, 2003
54. Wells AJ., Lung cancer from passive smoking at work, *Am J Public Health*, 88 : 1025-9, 1998
55. Wennike P., Danielsson T., Landfeldt B., Westin A., Tonnesen P., Smoking reduction promotes smoking cessation : results from a double blind, randomized, placebo-controlled trial of nicotine gum with 2-year follow-up, *Addiction*, 98(10) : 1395-402, 2003
56. WHO Regional Office for Europe. *Targets for Health for All. The Health policy for Europe*. Summary of the updated edition. September 1991. 1991. WHO
57. White A.R., Rampes H., Acupuncture for smoking cessation (Cochrane Review), in The Cochrane Library Issue 1, Oxford, 1999

58. Witte K., Allen M., A meta analysis of fear appeals : implications for effective public health campaigns, *Health Education and Behavior*, 27(5): 591-615, 2000
59. Winnicot D.W., *Jeu et réalité : l'espace potentiel*, Ed. Gallimard, Paris, 1975