Année universitaire 2007/2008

-

Mémoire

DIU de Tabacologie

-

Conseil minimal en entreprise et mise en place d'un accompagnement au sevrage tabagique

Rôle du médecin du travail

-

Anne-Marie Thomas
LYON

RESUME

Le tabagisme en entreprise est un enjeu de santé publique. 7,5 millions de salariés sont exposés à la fumée de tabac, second cancérogène le plus fréquent sur le lieu du travail après les radiations solaires. Le médecin du travail joue un rôle de prévention dans la santé des travailleurs ; par la connaissance médicale et par la connaissance des postes de travail, il est un acteur relais des actions de santé publique.

Dans une entreprise de la région lyonnaise, comportant 1802 salariés, dont 82% de femmes et 18% d'hommes, pour une moyenne d'âge d'un peu plus de 43 ans, des actions de prévention du tabagisme sur le lieu de travail ont débuté depuis quatre ans. Le projet de déménagement du siège –locaux non fumeurs- a donné lieu à la mise en place d'une sous commission « tabac », émanant du CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail). Après réalisation d'un état des lieux du tabagisme par un questionnaire, des actions collectives et individuelles ont vu le jour : réunions d'information, achats de livres traitant du tabagisme, campagne de sensibilisation à l'occasion de la Journée sans tabac du 31 mai …
Depuis 2006, au sein du service de santé au travail, tout salarié est interrogé sur ses consommations tabagiques. Chaque fumeur bénéficie d'un conseil minimal personnalisé et répond à deux tests : test de Fagerström et Q. Mat. Les entretiens autour du tabac sont faits par les infirmières puis par le médecin du travail.
Ainsi, depuis deux ans et demi, sur 2020 personnes interrogées lors des consultations médicales (CDI et CDD), 461 fumeurs sur les 502 questionnés ont fait l'objet au moins une fois d'un conseil minimal et d'un entretien de type « mini-screening » avec les personnes du service de santé au travail. En parallèle, des consultations de sevrage tabagique ont été mises en place par le médecin du travail. Le suivi se fait en moyenne une fois par mois ; les salariés peuvent bénéficier d'une délivrance de substituts nicotiniques transdermiques pour deux semaines à la fin de chaque entretien, si cela est nécessaire.
Sur une durée de 31 mois, du 1er janvier 2006 au 31 juillet 2008, 51 accompagnements au sevrage ont été effectués au sein du service de santé au travail. Sur les 44 accompagnements terminés au jour de la rédaction des travaux, les pourcentages de réussite du sevrage sont de 18,18 % à 6 mois et de 13,64 % à 1 an. On a pu constater que les chances de réussites augmentaient avec le nombre de visites de suivi.
Des améliorations sont proposées, portant notamment sur la qualité des entretiens avec la mesure du taux de CO lors du conseil minimal et des consultations de suivi, la prise de nouvelles entre les rendez-vous, la poursuite de la formation des acteurs, la recherche d'idées innovantes pour les futures années.

Le médecin du travail est un relais de santé et de prévention dans les établissements. En travaillant avec les interlocuteurs internes et externes, il mène des actions diverses auprès des salariés, entre autres dans le domaine de l'addictologie.

- - - - - - - - - - - -

SOMMAIRE

Résumé

Sommaire

1 - Introduction

2 - Méthodologie

2 – 1 – Présentation de l'entreprise
2 – 1 – 1 – Effectif
2 – 1 – 2 – Types de postes
2 – 1 – 3 – Service de santé au travail

2 – 2 – En amont de l'étude : l'entreprise et le tabac
2 – 2 – 1 – Le point de départ
2 – 2 – 2 – Etat des lieux en 2004
2 – 2 - 3 – Actions collectives depuis 2004

2 – 3 – L'étude proprement dite : actions individuelles réalisées au sein du service de santé au travail depuis le 1er janvier 2006
2 – 3 – 1 – Questionnaires personnalisés
2 – 3 - 2 - Proposition d'accompagnement au sevrage
2 – 3 – 3 - Sevrage tabagique dans le service de santé au travail

3 - Résultats

3 – 1 – Cartographie du tabagisme établie au fil des visites médicales
3 – 1 – 1 – Bilan sur les années 2006, 2007 et 2008
3 – 1 – 1 – 1 – Présentation des populations interrogées sur les 3 années consécutives
3 – 1 – 1 – 2 – Nombre de fumeurs répertoriés au cours de chacune des 3 années
3 – 1 – 2 – Bilan cumulé sur 31 mois consécutifs, au 31 juillet 2008
3 – 1 – 2 – 1 – Présentation de la population globale
3 – 1 – 2 – 2 – Répartition des fumeurs

3 – 2 – Mise en place du conseil minimal
3 – 2 – 1 – Tests de Fagerström et Test Q. Mat
3 – 2 – 2 – Entretiens

3 – 3 – Les accompagnements au sevrage dans le service de santé au travail
3 – 3 – 1 – Nombre d'accompagnements, durée des suivis et délivrance de substituts nicotiniques
3 – 3 – 2 – Résultats des accompagnements

4 – Discussion

4 – 1 – L'étude et ses limites : analyse et propositions d'amélioration
4 – 1 – 1 – En amont de l'étude : l'état des lieux
4 – 1 – 2 – Pour améliorer la qualité du conseil minimal personnalisé
4 – 1 – 3 – Pour améliorer la qualité des accompagnements au sevrage
4 – 1 – 4 – Des moyens intéressants

4 – 2 – Revue de la littérature
4 – 2 – 1 – Quelques textes de loi
4 – 2 – 1 – 1 – Code du Travail et médecin du travail
4 – 2 – 1 – 2 – Code du Travail et CHSCT
4 – 2 – 1 – 3 - Code du Travail et prévention
4 – 2 – 1 – 4 – Lois « tabac et travail »
4 – 2 – 2 – Problématique du tabagisme sur le lieu de travail
4 – 2 – 2 – 1 – Le tabagisme passif et ses risques
4 – 2 – 2 – 2 - Risques liés à la consommation de tabac
4 – 2 – 3 – L'entreprise sans « la fume »
4 – 2 – 3 – 1 – Bénéfices pour l'entreprise sans tabac
4 – 2 – 3 – 2 – Proposition d'un guide méthodologique
4 – 2 – 3 – 3 - Aide à l'arrêt en entreprise
4 – 2 – 3 – 4 – Quelques actions en entreprise
4 – 2 – 4 - Le médecin du travail et les addictions
4 – 2 – 4 – 1 - Tabac et conseil minimal
4 – 2 – 4 – 2 – Et pour l'alcool ?

5 - Conclusion

Remerciements

Bibliographie

- - - - - - - - - - - -

1 - INTRODUCTION

La santé au travail est un sujet fréquemment abordé dans les média. L'entreprise est un lieu privilégié pour relayer les messages de santé publique diffusés à l'ensemble de la population.
Le monde du travail n'échappe pas au tabagisme : 7,5 millions de salariés sont exposés à la fumée de tabac qui représente le second cancérogène le plus fréquent sur le lieu de travail après les radiations solaires. [1] [2]

Le médecin du travail effectue les examens cliniques réglementaires décrits dans le code du travail [3] lors des visites d'embauche, visites périodiques, visites de reprise après maladie, après accident du travail, après maladie professionnelle ou après maternité, visites à la demande du salarié, visites à la demande de la hiérarchie … Lors de ces entretiens, il vérifie que le poste de travail n'altère pas la santé physique ou psychique des salariés. [4]

En dehors des visites médicales, le médecin du travail exerce une action dite de « tiers-temps » :
Art. R. 241-41 : Le médecin du travail est le conseiller du chef d'entreprise ou de son représentant, des salariés, des représentants du personnel, des services sociaux, en ce qui concerne notamment :

1) L'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise ;
2) L'adaptation des postes, des techniques et des rythmes du travail à la physiologie humaine ;
3) La protection des salariés contre l'ensemble des nuisances, et notamment contre les risques d'accidents du travail ou d'utilisation de produits dangereux ;
4) L'hygiène générale de l'établissement :
5) L'hygiène dans les services de restauration ;
6) La prévention et l'éducation sanitaires dans le cadre de l'établissement en rapport avec l'activité professionnelle.

Le médecin du travail, à travers ses missions, occupe une place particulière pour la prise en charge du tabagisme de « ses » salariés. Comme l'expose le Dr Boussiron, la lutte contre le tabagisme en milieu professionnel représente un enjeu majeur. [5]

Nous proposons de relater une expérience qui se déroule depuis plus de quatre ans dans une entreprise de secteur tertiaire de la région lyonnaise.
Nous consacrerons un paragraphe à la présentation de l'entreprise puis nous décrirons les différentes actions mises en place depuis 2004.

Ces actions portent à la fois sur le collectif et sur les individus :

- Actions collectives : réunions d'information, campagnes de communication, signalétique des lieux non fumeurs …
- Actions individuelles : conseil minimal pour tout salarié fumeur à chacune des visites médicales, mise en place d'un accompagnement au sevrage tabagique, délivrance d'une partie des substituts nicotiniques le cas échéant.

Après avoir décrit les moyens méthodologiques mis en œuvre, nous donnerons les résultats chiffrés des actions réalisées au sein du service de santé au travail portant :

- Sur la mise en place d'un conseil minimal,
- Sur la création d'un accompagnement au sevrage tabagique interne.

Les chiffres portent sur une période de 31 mois, à savoir du 1er janvier 2006 au 31 juillet 2008.

La discussion sera l'occasion de développer les problématiques du tabagisme en milieu de travail et de présenter d'autres expériences en entreprise.
Nous aborderons brièvement la place du médecin du travail dans le problème des addictions en milieu de travail.

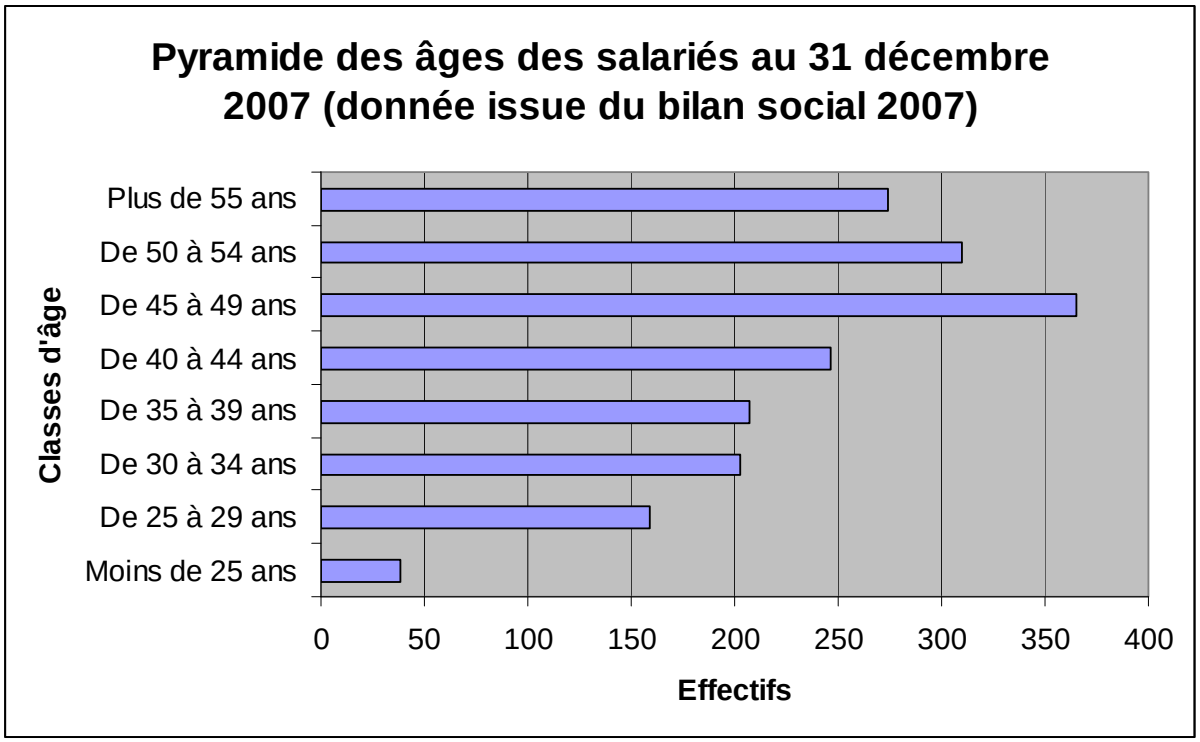
- - - - - - - - - - - -

2 – METHODOLOGIE

2 – 1 – Présentation de l'entreprise

2 – 1 – 1 – Effectif

Notre étude s'est déroulée dans une entreprise de la région lyonnaise.
L'effectif total est de 1802 agents (au 31 décembre 2007, donnée issue du bilan social 2007).
La population est majoritairement féminine : 82 % de femmes et 18 % d'hommes.
La moyenne d'âge est de 43,67 ans.
Comme le montre la pyramide des âges, la classe d'âge la plus représentée est celle des 45 / 49 ans avec 365 salariés, soit un peu plus de 20 % de l'effectif total.



Sur le plan géographique, l'entreprise s'étend sur une vingtaine de sites. Au niveau du siège travaille environ 50 % de l'effectif.

2 – 1 – 2 – Types de postes

Il s'agit pour une grande partie de postes du secteur tertiaire : cadres supérieurs, cadres, techniciens supérieurs, informaticiens, techniciens, agents administratifs, agents de courrier.
Certains techniciens travaillent au contact du public.

Par ailleurs, 12 % des postes concernent les milieux de soins et de prévention et sont occupés par des chirurgiens dentistes, assistantes dentaires, prothésistes dentaires, médecins et infirmières.

En tête de l'organigramme se trouvent un directeur général, puis six agents de direction et six coordonnateurs à la tête de six pôles d'activité.
Dans chaque pôle coexistent plusieurs entités avec des responsables de service puis des responsables d'unité (cadres et techniciens supérieurs) et des employés.

2 – 1 – 3 – Service de santé au travail

Le service de santé au travail est un service dit « autonome », c'est-à-dire dont les locaux font partie intégrante de l'établissement. Cinq personnes y travaillent : deux infirmières, une secrétaire médico-sociale, une assistante sociale et un médecin du travail.
Il est situé dans le bâtiment principal (siège) et est rattaché administrativement au pôle Ressources Humaines.
Le médecin du travail est sous la responsabilité de l'inspection médicale du travail, qui renouvelle l'agrément du service de santé au travail tous les cinq ans.

2 – 2 – En amont de l'étude : l'entreprise et le tabac

2 – 2 – 1 – Le point de départ

En 2006, le siège a déménagé. Dès 2003, la direction a souhaité profiter de cet évènement pour faire appliquer pleinement la loi Evin dans les futurs locaux, mais aussi dans tous les bâtiments excentrés de l'entreprise.
Initialement, des zones étaient réservées aux fumeurs, vers les machines à café, dans les escaliers latéraux et il était permis de fumer dans les bureaux individuels.

On sait que le tabac joue un rôle dans certains conflits interpersonnels, si les zones non fumeurs sont mal délimitées ou mal ventilées. Se pose également parfois la question de l'hygiène des locaux, de la dégradation du matériel et en particulier des sols. Sur le plan financier, il a été évalué qu'un employé fumeur coûterait 1500 à 4000 euros de plus par an qu'un employé non fumeur, en prenant en compte l'ensemble des risques . [1] [6]

Pour devenir une entreprise sans tabac, l'entreprise s'est appuyées sur son CHSCT « Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail », qui comme le définit l'Article L236-2 du Code du Travail : « … a pour mission de contribuer à la protection de la santé des salariés de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure (…). Le comité procède à l'analyse des risques professionnels (…), à des inspections dans l'exercice de sa mission (…). Il effectue des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel. Le

comité contribue à la promotion de la prévention des risques professionnels de l'établissement et suscite toute initiative qu'il estime utile dans cette perspective. Il peut proposer, à cet effet, des actions de prévention (…). [3]

Le médecin du travail a été nommé responsable du pilotage des différentes actions mises en place dans le cadre de la prévention du tabagisme. Le médecin et les infirmières ont pu participer à des actions de formations de premier niveau à la tabacologie.

2 – 2 – 2 – Etat des lieux en 2004

Au démarrage de la réflexion, il a été décidé de réaliser une enquête auprès de l'ensemble du personnel, pour dresser un état des lieux des consommations tabagiques des salariés. Un questionnaire a été élaboré, en 2004 mettant en collaboration le service de santé au travail, les membres du CHSCT (fumeurs et non fumeurs étaient représentés), le service communication et un médecin épidémiologiste des centres d'examens de santé.
Ce questionnaire s'intitulait « Le tabac dans l'organisme » ; il a été envoyé à chaque agent accompagnant une revue de communication interne mensuelle, utilisée comme vecteur. Il était anonyme et devait être retourné au service de santé au travail. Les questions étaient réparties en 4 rubriques :

- Une rubrique « générale » : âge, sexe, statut tabagique (fumeur, ex-fumeur, non-fumeur).

- Une rubrique pour les fumeurs : nombre de cigarettes, ancienneté du tabagisme, existence ou non d'un arrêt, puis :
    - Si oui : à combien de reprises, puis durée du plus long arrêt. Il était demandé avec quelle(s) méthode(s) le(s) arrêt(s) avai(en)t été réalisé(s) : volonté seule, substituts nicotiniques, antidépresseurs (dont Bupropion), acupuncture, homéopathie, mésothérapie, consultations tabacologues, autres.
    - Si non : le fumeur pensait-il pouvoir arrêter un jour, et si oui : seul ou avec de l'aide.
    - Il était ensuite demandé au fumeur s'il pensait que son entreprise pourrait l'aider dans l'arrêt de sa consommation et si oui, par quel(s) moyen(s).

- Une rubrique pour les ex-fumeurs : habitudes tabagiques avant l'arrêt, durée de l'arrêt actuel (moins d'1 semaine, moins d'1 mois, moins de 6 mois, plus de 6 mois, plus d'1 an), méthodes d'arrêt (mêmes propositions que celles détaillées dans le paragraphe des fumeurs). On demandait ensuite si le salarié avait été (ou était actuellement) aidé par ses collègues dans sa démarche d'arrêt, et s'il pensait que l'entreprise pourrait l'aider dans le maintien de son sevrage et par quel(s) moyen(s).

- Une rubrique pour les non-fumeurs avec les questions suivantes :
    - « Vous sentez-vous concerné par les campagnes anti-tabac ?
    - Etes-vous gêné par la fumée du tabac ?
    - Parlez-vous du tabac avec les fumeurs ?
    - Seriez-vous prêt(e) à aider des collègues à arrêter de fumer ?
    - Pensez-vous que l'entreprise puisse aider les fumeurs à arrêter de fumer et si oui, par quel(s) moyen(s) ? »

Le traitement statistique a été réalisé avec l'aide d'un médecin épidémiologiste, en utilisant le logiciel SPSS. Le nombre de questionnaires retournés a été de 862, sur un total de 1954 salariés en 2004, représentant un taux de réponse de 44%. Voici quelques chiffres issus de cette enquête :

- Population de 85 % de femmes, moyenne d'âge de 43 ans.
- 19 % de fumeurs, 23 % d'ex fumeurs, 58 % de non fumeurs.
- Parmi les fumeurs, 67 % avaient fait au moins une tentative d'arrêt et 85 % pensaient pouvoir arrêter un jour.
- Parmi les ex fumeurs, 75 % avaient arrêté depuis plus d' 1 an, 73 % avaient arrêté avec leur seule motivation (les substituts nicotiniques arrivaient en 2è position à 14 %).
- Parmi les non fumeurs, 90 % se disaient gênés par la fumée du tabac et 77 % se disaient prêts à aider leurs collègues à arrêter de fumer.

Le but de cette enquête était double :
- Dresser un état des lieux,
- Sensibiliser l'ensemble des agents à la question « tabac sur le lieu de travail ».

Cette enquête a fait l'objet d'un poster présenté lors du congrès régional « Education pour la santé et tabacologie » de septembre 2004. [7]

2 – 2 – 3 – Actions collectives depuis 2004

A la suite du questionnaire de 2004, quelques « actions tabac » ont vu le jour dans l'entreprise :

- Organisation de séances d'information collectives, animées par un tabacologue du centre d'examen de santé. Au total, 4 réunions ont eu lieu sur 2004, 25 salariés ont assisté à l'une d'elles.

- Achat d'un livre traitant de l'arrêt du tabac en plusieurs exemplaires, et mis à la disposition des agents au sein du service de santé au travail (un peu plus de 30 prêts à ce jour).

- Participation à une étude sur le *coaching* par SMS pour accompagner les fumeurs dans leur sevrage : chaque fumeur recevait 60 SMS sur une période de 3 mois, à raison de 1 SMS par jour pendant le 1er mois. Cette étude était initiée par un opérateur téléphonique. Le recrutement portait sur tout fumeur de 16 à 45 ans décidant d'arrêter de fumer.

- Actions de communication par les revues diffusées en interne et achats de porte-brochures pour diffusion de plaquettes au sein des zones fumeurs de l'entreprise (zones fumeurs de l'ancien siège entre autres).

- Création en mars 2006 d'une note réglementaire rédigée par la direction des ressources humaines et le président du CHSCT intitulée « Règles de protection des salariés contre les dangers du tabagisme » et réglementation concernant la mise en place de zones « fumeurs » dans les différents sites de l'entreprise. Cette décision s'est accompagnée de la mise en place de nouvelles signalétiques dans les zones concernées.

- Organisation d'une réunion d'information animée par un tabacologue, en juin 2006 dont le contenu portait sur les consultations de tabacologie et le dossier Inpes. 42 agents de l'entreprise ont assisté à cette réunion, prise pour moitié sur le temps de travail et pour moitié sur la pause de midi (avec fourniture d'un plateau-repas).

- Animations autour de la journée du 31 mai, journée mondiale sans tabac (depuis le décret n° 91-410 du 26 avril 1991 [8]) :
    - Exposition sur le thème « Les pratiques de l'industrie du tabac » du 31 mai au 30 juin 2007 : 78 personnes ont visité l'exposition et ont répondu à un questionnaire d'évaluation sur la seule journée du 31 mai (1er jour de l'exposition)
    - Dosage du CO sur un stand animé par le service prévention de l'entreprise et une infirmière de santé au travail le 31 mai 2007 : 27 personnes sont venues souffler dans le doseur du CO.
    - Délivrance personnalisée de dépliants.

- Des affiches et brochures sont disponibles en libre-service dans la salle d'attente du service médico-social.

- Enfin, les résultats des actions « tabac » sont mis en ligne sur le forum intranet du service de santé au travail et donc consultables par l'ensemble des salariés.

2 – 3 – L'étude proprement dite : actions individuelles réalisées au sein du service de santé au travail depuis le 1er janvier 2006

2 – 3 – 1 - Questionnaires personnalisés

Avant chaque visite médicale, le salarié, quelque soit le motif de sa visite (périodique ou autre), rencontre une infirmière de santé au travail pour préparer son dossier : vérification des coordonnées, dates des vaccins, motif de la visite, bandelette urinaire, ergovision, éventuellement spirométrie et audiométrie.

Depuis le 1er janvier 2006, les infirmières du service de santé au travail ajoutent la rubrique « tabac » à la préparation du dossier ; chaque salarié est systématiquement interrogé sur ses consommations tabagiques ; le nombre de cigarettes fumées est noté sur le dossier médical.
Si le salarié est fumeur, l'infirmière remplit un test de dépendance physique à la nicotine (Fagerström) et un test d'évaluation de motivation à l'arrêt (Q. Mat) ; c'est un temps d'échange privilégié entre le salarié et l'infirmière en amont de la visite médicale.

Lors du temps de la visite médicale, le médecin se réserve quelques minutes avant que le salarié quitte son bureau pour reprendre le sujet « tabac » : il reprend la feuille sur laquelle les deux tests ont été remplis avec l'infirmière, et pose quelques questions courtes pour établir un « mini-screening » :

- « A quelle âge avez-vous pris une cigarette pour la première fois ? »
- « A quelle âge avez-vous commencé à fumer régulièrement (même une seule cigarette, mais à fréquence régulière) ? »
- « Depuis quel âge pensez-vous être devenu dépendant(e) de la cigarette (si vous pensez effectivement être dépendant) ? »
- « Depuis que vous fumez, vous est-il déjà arrivé d'arrêter (au moins 24 heures) ? »
- « A combien de reprises ? »
- Chaque arrêt fait ensuite l'occasion d'une discussion : quelle a été sa durée ? le salarié s'est-il fait aider ? comment ? quelles ont été les motivations à l'arrêt ? quel a été le contexte de reprise du tabac ? quels souvenir le salarié garde-t-il de cet(es) arrêt(s) ?

Le suivi chiffré des données est saisi par le médecin du travail pour chaque personne passée dans son cabinet, sous forme d'un tableau Excel qui comporte les données suivantes :

- Date
- Nom du salarié
- Sexe
- Année de naissance

- Service d'affectation
- Nombre de cigarettes, avec les fourchettes suivantes : 0 cigarettes/j, 1 à 4 cigarettes/j, 5 à 9 cigarettes/j, 10 à 19 cigarettes/j, 20 cigarettes/j ou plus.
- Résultat chiffré du test de Fagerström
- Résultat chiffré du test Q. Mat
- Suite (entretien, RV donné, prêt du livre …)

Quand le salarié est vu de nouveau en visite au cours de l'année ou lors des années suivantes, l'infirmière l'interroge juste sur sa consommation actuelle ; on ne lui fait pas remplir les tests de nouveau. Le médecin pose simplement la question en fin d'examen : « Où en êtes-vous actuellement ? Est-ce que vous pensez arrêter un jour ? »

La saisie sur Excel ne se fait qu'une fois par an et par salarié, pour ne pas biaiser les états des lieux dressés annuellement dans le service de santé au travail. En effet, certains salariés peuvent être vus plusieurs fois au cours d'une même année civile.

2 – 3 - 2 - Proposition d'accompagnement au sevrage

L'infirmière, selon le salarié fumeur reçu, délivre des brochures personnalisées : adresses de consultations avec des tabacologues, plaquettes « femmes et tabac » ou « tabac et grossesse », plaquettes sur les méfaits du tabac…
Le salarié est également invité à en parler avec son médecin traitant.

Une plaquette spécifique a été créée par le service de santé au travail, avec l'aide du service communication de l'entreprise : il informe sur les actions anciennes et en cours et rappelle le numéro de la secrétaire médico-sociale. La délivrance de cette plaquette par l'infirmière ou par le médecin du travail sensibilise le salarié et permet de discuter autour des possibilités de sevrage en interne, avec suivi régulier et possibilité d'une délivrance d'une partie des substituts nicotiniques s'ils s'avèrent nécessaires.

2 – 3 – 3 - Sevrage tabagique dans le service de santé au travail

Depuis le 1er janvier 2006, tout fumeur peut prendre rendez-vous avec le médecin du travail, spécifiquement pour un accompagnement au sevrage tabagique. Ces entretiens ont lieu pendant le temps de travail, le plus souvent. Le service de santé au travail a obtenu l'accord de la direction pour la concrétisation du projet.

La plupart du temps, les rendez-vous sont proposés à raison d'un par mois ; il arrive exceptionnellement qu'ils soient plus rapprochés mais cela est difficile compte tenu des activités du service de santé au travail et des obligations de service dans lesquels les salariés sont affectés.

Le médecin du travail peut délivrer des substituts nicotiniques transdermiques. Ceux-ci sont donnés selon un protocole établi en interne :

- J1 (compté comme premier jour du sevrage) : 14 patchs sont donnés au salarié avec la notice ainsi que les informations orales nécessaires. Le dosage est défini sur les critères du Fagerström, la clinique, les éventuelles expériences antérieures. Il est demandé au salarié d'acheter lui-même en pharmacie les 14 patchs suivants, en gardant le même dosage, afin de l'impliquer encore davantage dans la démarche.
- J30 : 1ère consultation de suivi : évaluation des effets secondaires liés au sevrage ou à la substitution, entretien, puis délivrance de 14 patchs de même dosage ou de dosage inférieur, et achat par le salarié des 14 patchs suivants.
- Ainsi de suite pour les mois suivants.

Les rendez-vous sont proposés sans limitation dans le temps, selon le déroulement du sevrage et selon la volonté du salarié et du médecin. Ce suivi ne se substitue pas à un accompagnement que le salarié aura pu mettre en place à l'extérieur de l'entreprise, avec son médecin traitant ou un acupuncteur ou un sophrologue …
Les éventuels traitements par Varénicline, Bupropion ou antidépresseurs sont prescrits par le médecin traitant.

On rappelle que le salarié, dans le cadre de la prescription de traitement de substituts nicotiniques sous forme transdermique ou sous forme orale, peut prétendre à une prise en charge de 50 euros par an par la sécurité sociale.
L'ordonnance, dans ce cadre, est rédigée par le médecin traitant.

- - - - - - - - - - - -

3 – RESULTATS

3 – 1 – Cartographie du tabagisme établie au fil des visites médicales

Nous présentons les analyses des comportements tabagiques à travers le questionnement individuel des salariés, pendant le temps de leur visite médicale.
Nous couvrons une période de 31 mois, du 1er janvier 2006 au 31 juillet 2008, sachant que le résultat n'est saisi qu'une fois par année pour un même salarié. Par contre, certains salariés ont pu être noté 3 fois, 2 fois ou 1 fois, selon qu'ils ont été vus pendant les 3 années, ou seulement 2 ou seulement 1.

Le résultat global des analyses effectuées sur 31 mois a été calculé en ne reprenant qu'une seule fois chaque salarié et en gardant sa visite médicale la plus récente.

Les résultats cumulés sur 31 mois font apparaître des effectifs supérieurs à l'effectif global actuel des salariés. Cela est dû au fait que les chiffres portent sur les CDI mais aussi sur les personnes embauchées en CDD pour quelques mois, grossissant ainsi le nombre d'agents vus en visite médicale au cours d'une même année. Pour illustration, au cours de l'année 2007, les CDD ont représenté 3% de l'effectif global (donnée issue du bilan social 2007).

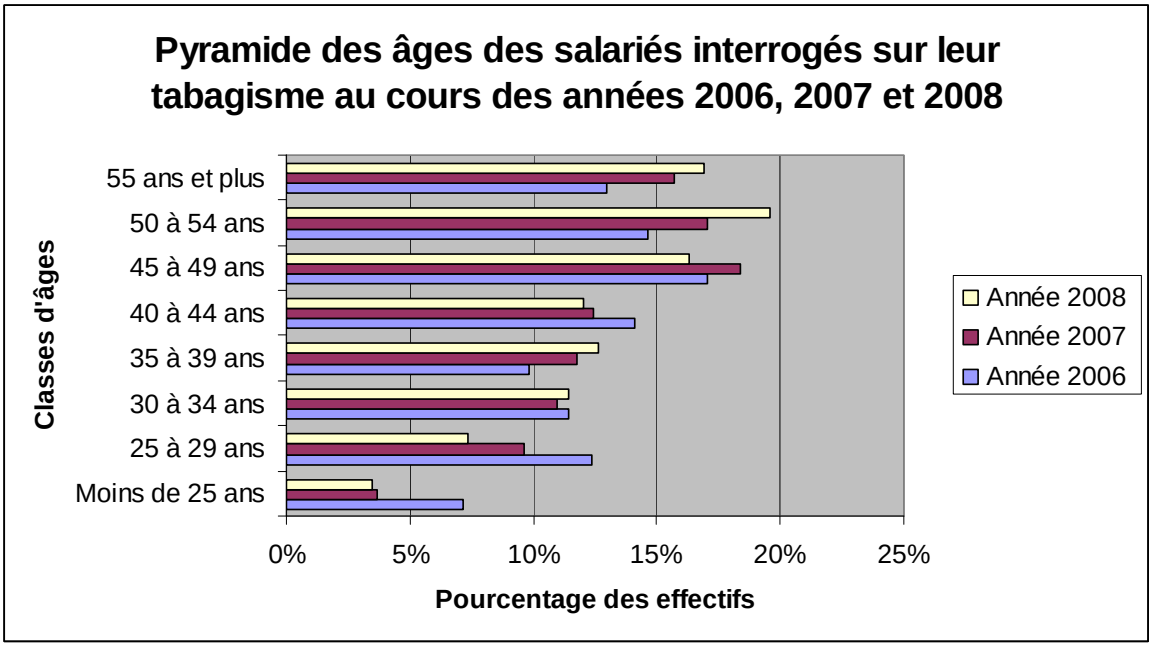
3 – 1 – 1 – Bilan sur les années 2006, 2007 et 2008

3 – 1 – 1 – 1 – Présentation des populations interrogées sur les 3 années consécutives

Effectifs des salariés interrogés chaque année et répartition par sexe :

	2006	2007	2008
Hommes	146 (14,91 %)	220 (22,56 %)	91 (17,67 %)
Femmes	833 (85,09 %)	755 (77,44 %)	424 (82,33 %)
Total	979 (100,00 %)	975 (100,00 %)	515 (100,00 %)

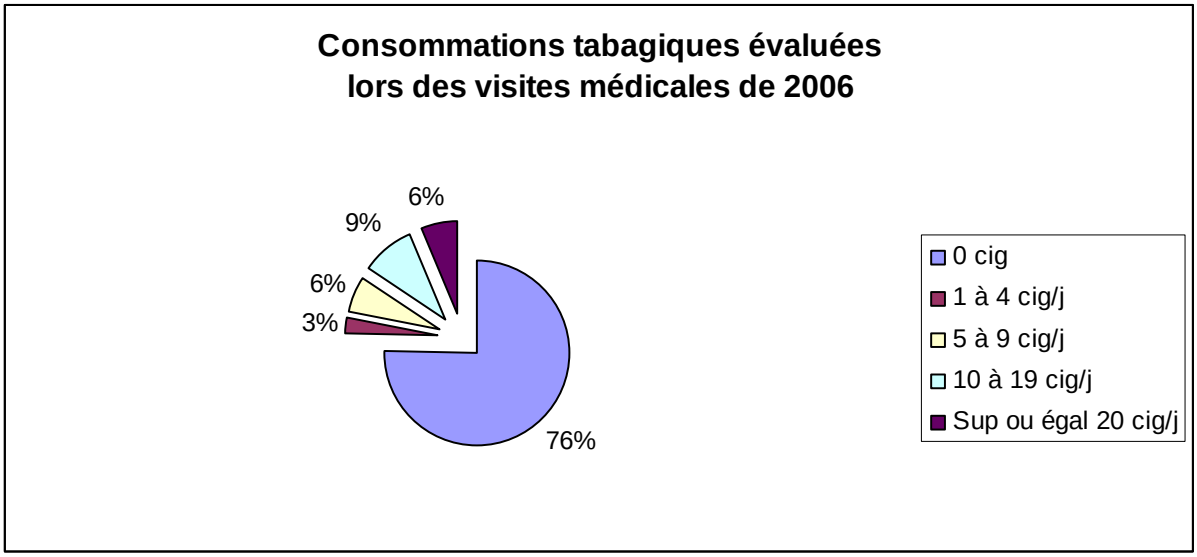
Répartition par classes d'âges : cf. graphique page suivante.

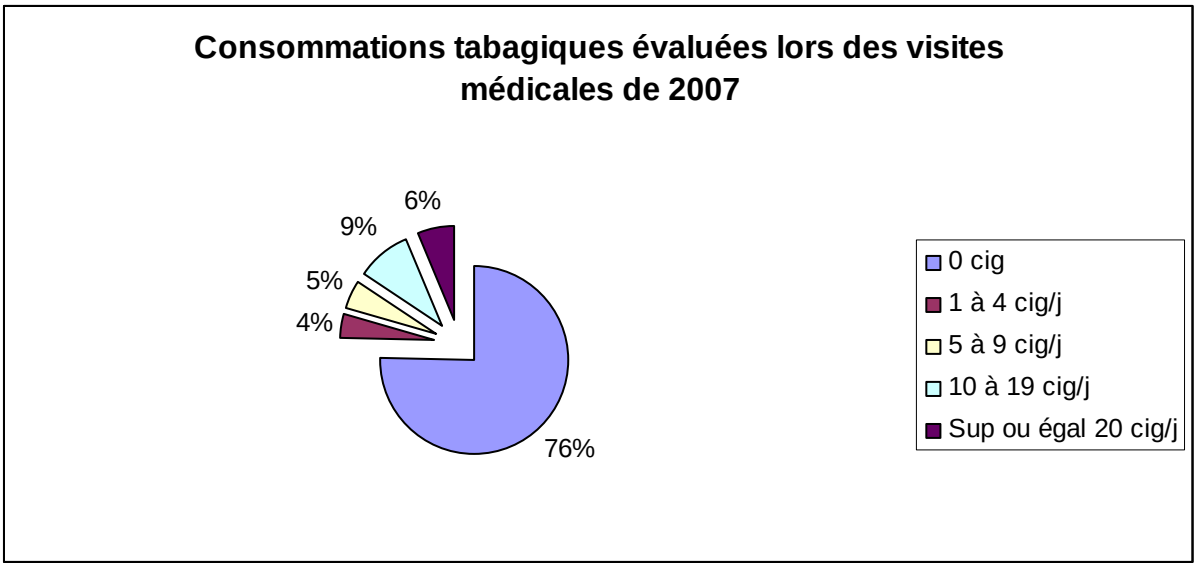


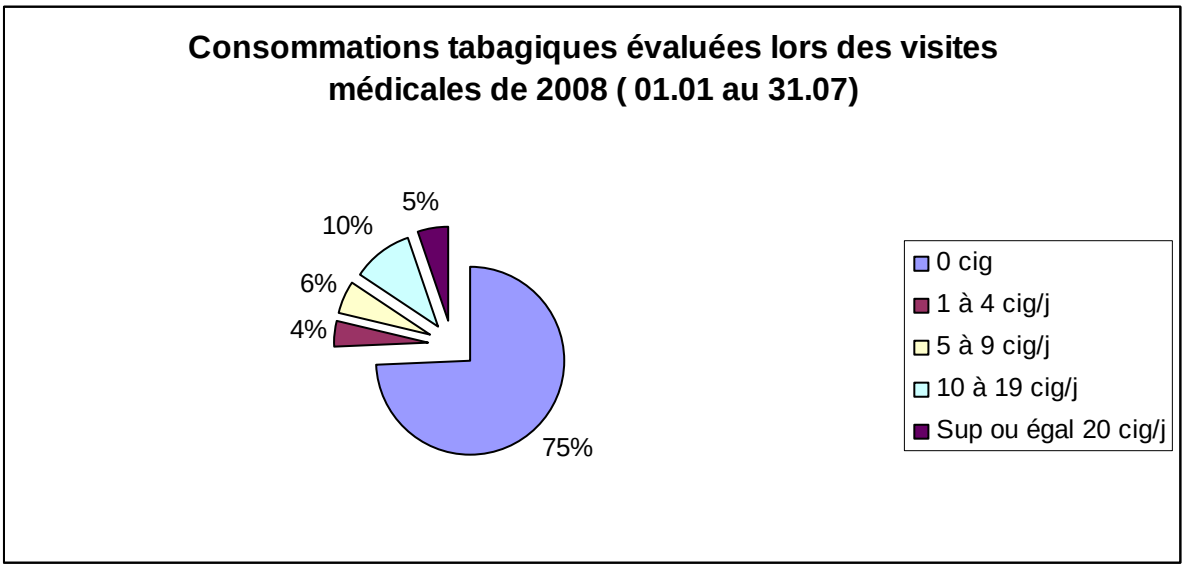
3 – 1 – 1 – 2 – Nombre de fumeurs répertoriés au cours de chacune des 3 années

En 2006, sur les 979 salariés interrogés, on compte 243 fumeurs et 736 non fumeurs.
En 2007, sur les 975 salariés interrogés, on compte 240 fumeurs et 735 non fumeurs.
En 2008, le résultat ne porte que sur les 7 premiers mois de l'année : 515 salariés ont été interrogés ; on compte 132 fumeurs et 383 non fumeurs.

Les diagrammes suivants représentent en pourcentages les valeurs ci-dessus en détaillant les quantités consommées, pour chacune des 3 années.







La répartition des fumeurs suivant le sexe est présentée ci-dessous :

		2006	2007	2008
Fumeurs	Hommes	4,80 % (47)	6,46 % (63)	5,24 % (27)
	Femmes	20,02 % (196)	18,15 % (177)	20,39 % (105)
Non fumeurs	Hommes	10,11 % (99)	16,10 % (157)	12,43 % (64)
	Femmes	65,07 % (637)	59,28 % (578)	61,94 % (319)
Total par année		100,00 % (979)	100,00 % (975)	100,00 % (515)

3 – 1 – 2 – Bilan cumulé sur 31 mois consécutifs, au 31 juillet 2008

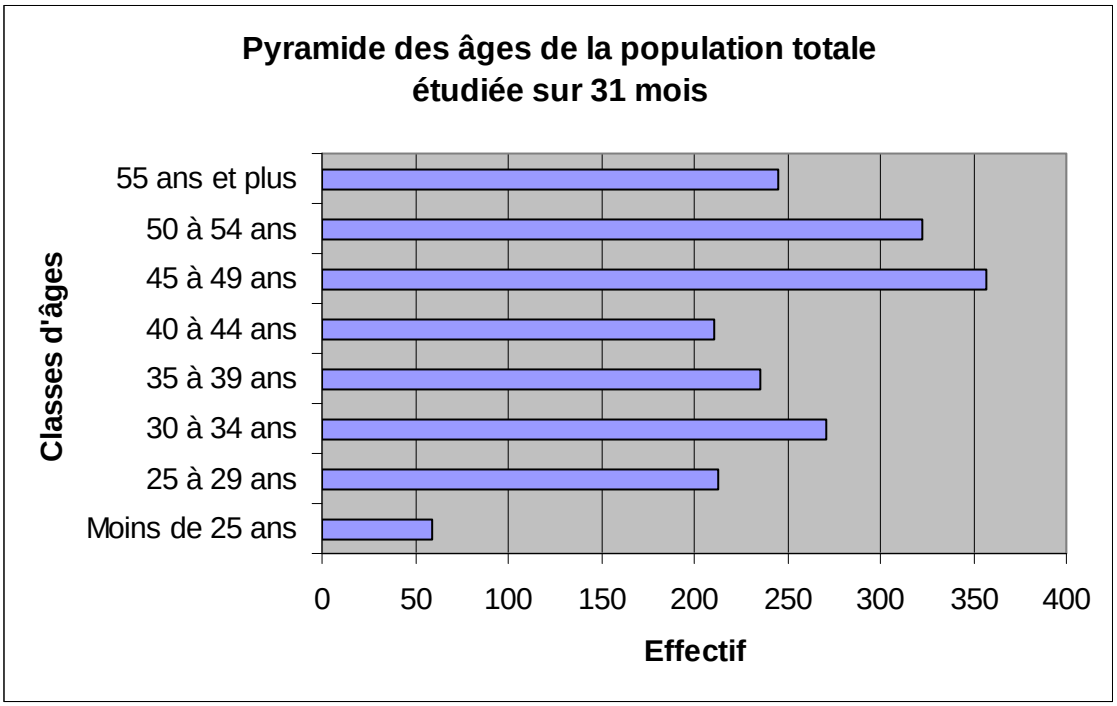
3 – 1 – 2 – 1 – Présentation de la population globale « 31 mois »

Nous présentons les résultats portant sur 2020 salariés interrogés. Les personnes ayant été interrogées 1, 2 ou 3 fois, successivement sur 2006 et/ou 2007 et/ou 2008 n'apparaissent qu'une seule fois dans ce résultat. Il s'agit donc bien de 2020 personnes physiques et non du nombre de consommations notées au fil des visites. Dans cette dernière hypothèse, nous aurions un effectif total de (979+975+515) soit 2469 chiffres, mais avec certains salariés comptés plusieurs fois, ce qui aurait introduit un biais dans notre présentation globale.

Répartition de la population par sexe :

	POPULATION DES 31 MOIS
Hommes	373 (18,47 %)
Femmes	1647 (81,53 %)
Total	2020 (100,00 %)

Répartition par classes d'âge :

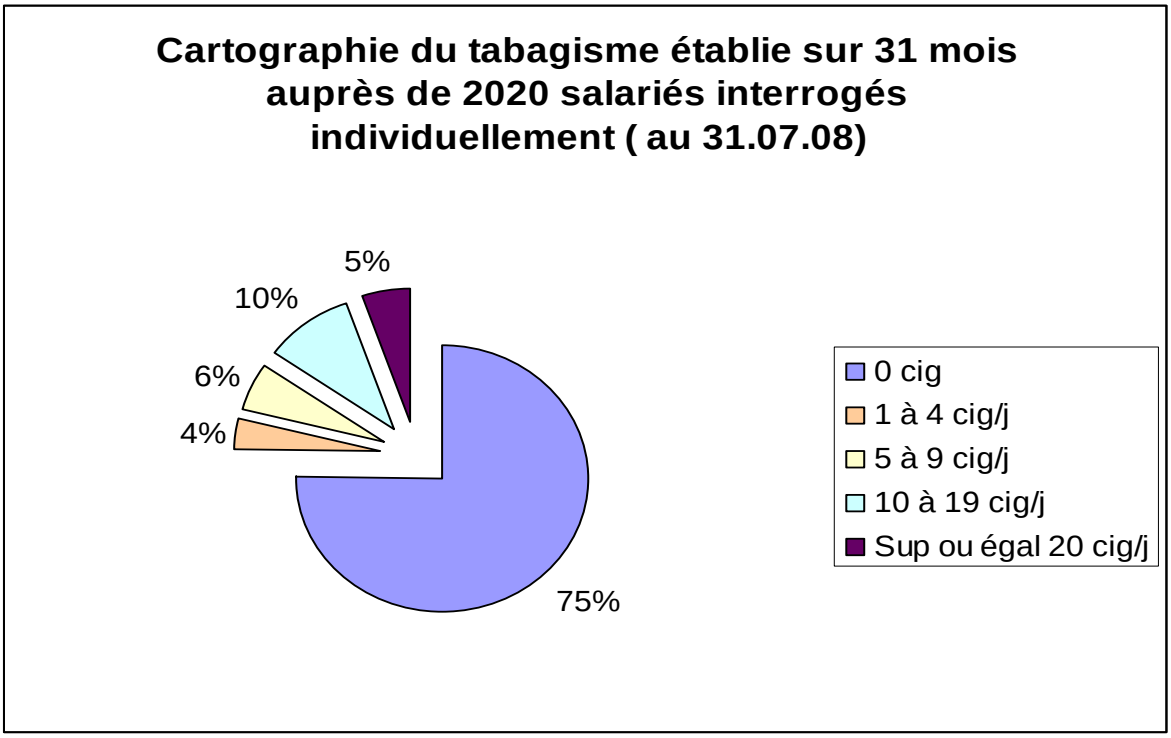


Nous remarquons quelques différences par rapport aux données du bilan social 2007 (cf. chapitre « méthodologie – présentation de l'entreprise), avec en particulier un effectif plus élevé sur la classe des 25/34 ans : cela est dû à la population de CDD interrogée en

2006, 2007 ou 2008, et qui ne figuraient pas dans les effectifs au 31 décembre 2007. Il s'agit d'une population globalement plus jeune que l'effectif CDI.

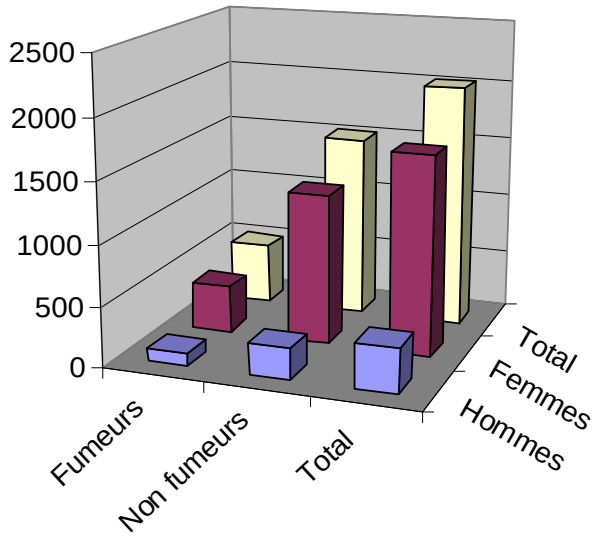
3 – 1 – 2 – 2 – Répartition de la population selon le statut tabagique

Nous avons retenu le cas échéant la réponse de la consommation tabagique la plus récente, de manière à être le plus proche possible de la réalité. Il ne s'agit pas ici d'une photographie en un temps « T » comme c'était le cas lors de l'enquête de 2004. Cela implique que certains salariés vus dans le courant de l'année 2006 et non encore vus à la période de la fin de l'étude (31 juillet 2008) ont pu modifier leur consommation, sans que le médecin du travail n'en ait eu connaissance.



		POPULATION DES 31 MOIS 100,00 % (2020)
Fumeurs	Hommes	5,40 % (109)
	Femmes	19,46 % (393)
Non fumeurs	Hommes	13,07 % (264)
	Femmes	62,08 % (1254)

Répartition des 2020 salariés questionnés selon leur sexe et leur statut tabagique

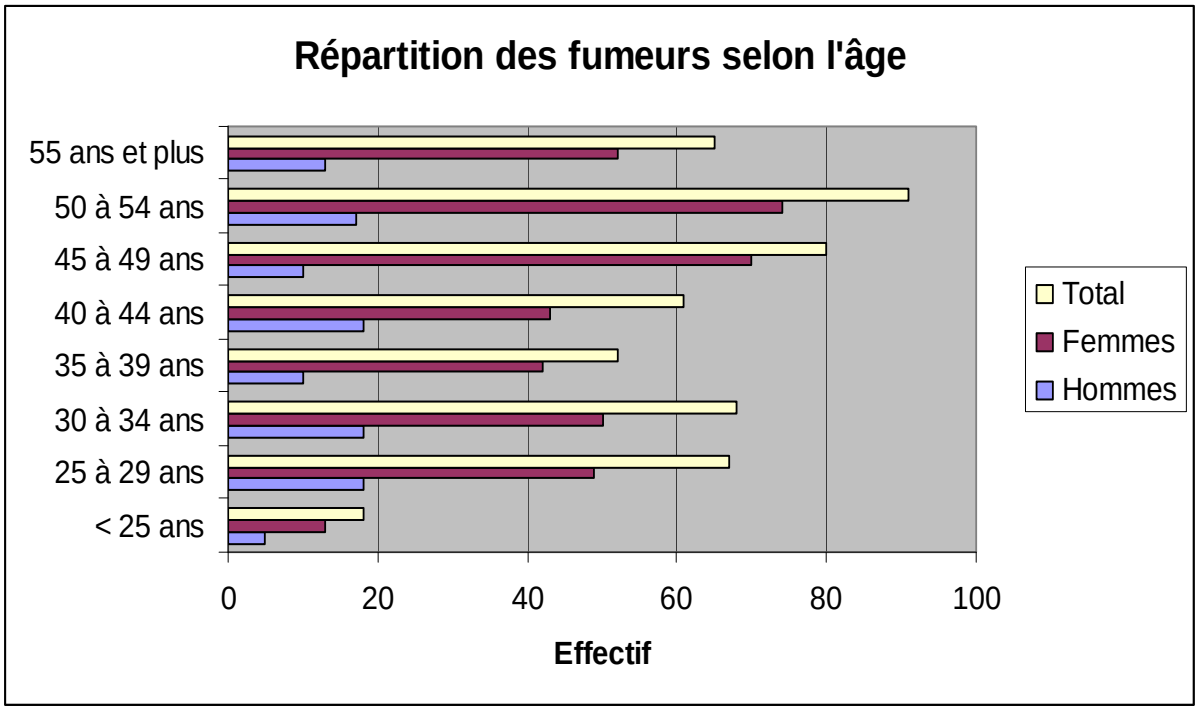


	Fumeurs	Non fumeurs	Total
Hommes	109	264	373
Femmes	393	1254	1647
Total	502	1518	2020

Donc, sur la population totale des personnes interrogées du 1er janvier 2006 au 31 juillet 2008, nous obtenons un nombre total de 502 fumeurs sur lesquels nous avons travaillé plus spécifiquement.

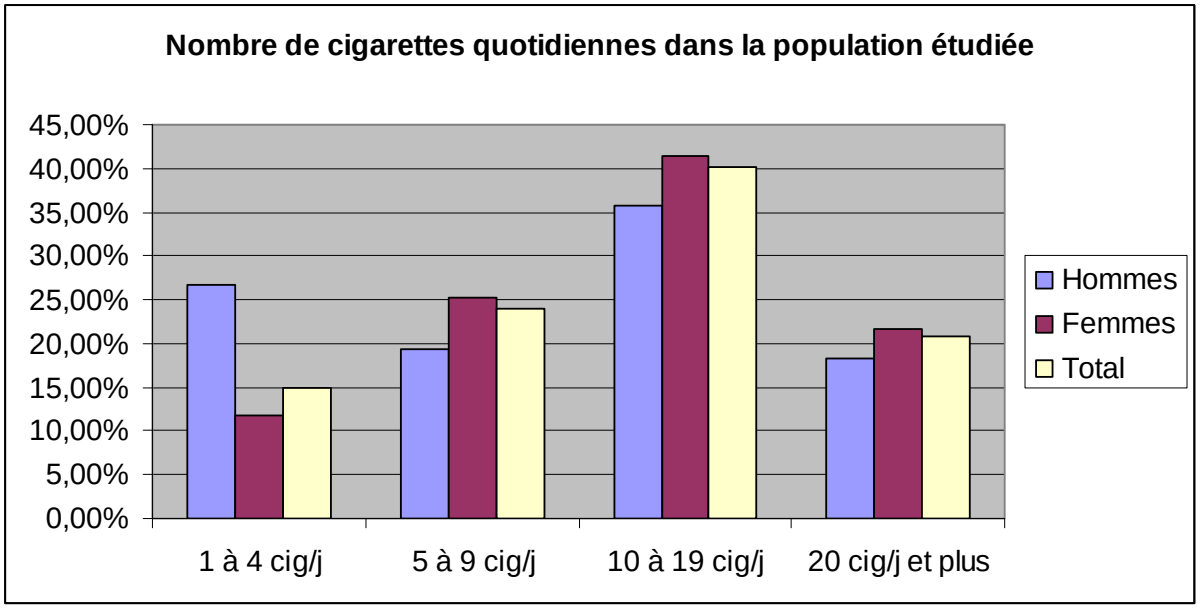
3 – 1 – 2 – 3 – Caractéristiques des fumeurs : âge, sexe, quantités de tabac consommées

La répartition des fumeurs selon l'âge et le sexe apparaît dans le graphique suivant.
On trouve beaucoup de femmes fumeuses dans la classe des « 45/55 ans » étant donné que cet âge est aussi le plus représenté dans l'entreprise.
On remarque qu'il y a peu de variation du statut tabagique chez les hommes en fonction de leur âge, dans la population de fumeurs étudiée.



Quantités de tabac consommées dans notre population de fumeurs :

	1 à 4 cig. /j	5 à 9 cig. /j	10 à 19 cig. /j	20cig/j et plus
Hommes (109)	29	21	39	20
Femmes (393)	46	99	163	85
Total (502)	75	120	202	105



3 – 2 – Mise en place du conseil minimal

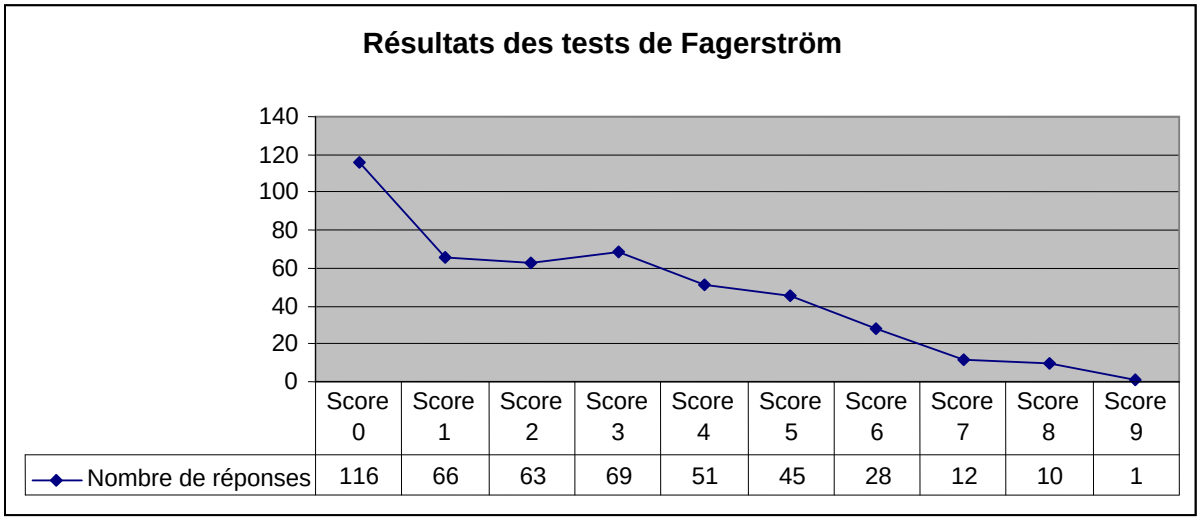
3 – 2 – 1 – Tests de Fagerström et Test Q. Mat

Chaque fumeur s'est vu proposer de remplir un test de dépendance physique à la nicotine (Fagerström) et un test de motivation à l'arrêt (Q. Mat) par l'infirmière le plus souvent, parfois par le médecin.

Au total, 461 tests ont été remplis. Le différentiel existant par rapport aux 502 fumeurs s'explique ainsi :

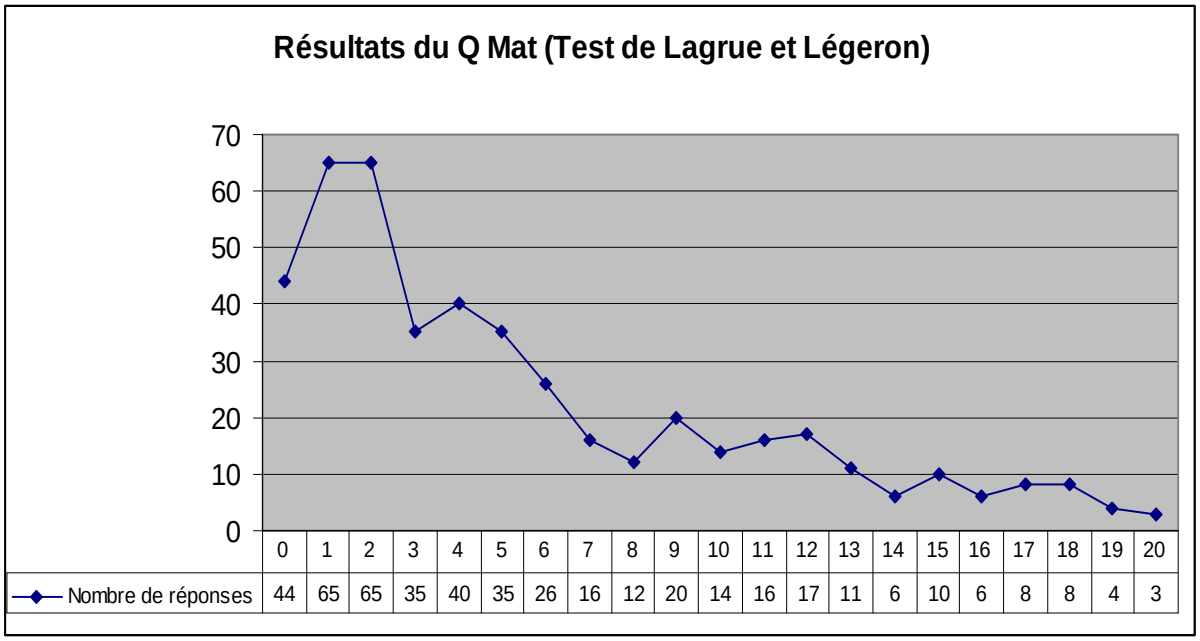
- Pendant les premiers mois de la mise en place de cette action, il était convenu que les tests n'étaient proposés qu'aux salariés fumant au moins 10 cigarettes par jour. Nous sommes ensuite revenus sur notre décision en faisant remplir le test aux fumeurs d'au moins 5 cigarettes par jour. A la fin de l'étude, il était proposé à tout le monde, sauf les fumeurs très occasionnels.
- Certains fumeurs ont refusé de remplir les tests car ils ne souhaitaient pas parler de leur consommation tabagique.
- Dans certains cas, l'infirmière et/ou le médecin n'ont pas abordé la question du tabac par manque de temps ou bien encore lorsque le contexte de la consultation ne permettait pas d'aborder ce point.

Les résultats de tous les tests sont présentés pour information dans les deux graphiques suivants :



	Score 0	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5	Score 6	Score 7	Score 8	Score 9
Nombre de réponses	116	66	63	69	51	45	28	12	10	1

88,94 % de notre population de fumeurs dans l'entreprise a un test de Fagerström inférieur ou égal à 5.
On sait que le test de Fagerström peut parfois sous-évaluer la dépendance des fumeurs, en particulier pour les questions portant sur l'heure de la première cigarette ou sur la difficulté à s'abstenir de fumer dans les lieux où c'est interdit.



54,01 % de notre population a un test de motivation inférieur ou égal à 4 (fumeurs peu motivés pour un sevrage), 6,29 % a répondu avec un score supérieur ou égal à 16 (fumeurs très motivés).

3 – 2 – 2 – Entretiens individuels

A la fin des consultations médicales de tout salarié fumeur, le médecin du travail a repris la question de la consommation tabagique, en établissant un « mini-screening », tel que nous l'avons décrit dans le paragraphe 2 – 3 – 1 de la partie « méthodologie ».

- Au total, entre le 1er janvier 2006 et le 31 juillet 2008, sur les 2020 salariés interrogés, 461 fumeurs ont fait l'objet d'un entretien spécifique sur les 502 répertoriés. Les entretiens ont été adaptés à chaque individu, allant du simple conseil minimal aux entretiens motivationnels plus longs.

- 3 fumeurs ont refusé d'aborder la question du tabac et de remplir le Fagerström et le Q Mat avec l'infirmière ou avec le médecin.

- 1 fumeur a répondu aux tests avec l'infirmière mais a refusé d'en reparler avec le médecin.

- Sur les fumeurs interrogés, 8 étaient en période de diminution au moment de l'entretien ; a contrario 4 avaient repris le tabac sur la période où s'est déroulée notre étude.

- 2 fumeurs ont un tabagisme assez singulier :
    - 1 fumeur ne fume qu'au mois d'août, toutes les années, à raison d'1 paquet par jour, puis s'arrête dès le 1er septembre. Il dit qu'il est capable de

maintenir son sevrage pendant l'année de travail, car il sait qu'il refumera pendant son mois de congés d'été.

- 1 fumeur ne fume jamais pendant la semaine mais seulement le week-end. Contrairement à de nombreux fumeurs « occasionnels » qui fument pendant les sorties et les soirées, il fume systématiquement 1 paquet minimum par jour le samedi et le dimanche, puis s'arrête dès le lundi matin, sans manque.

Par ailleurs, parmi les 2020 salariés interrogés, nous avons comptpé les ex-fumeurs « récents », c'est-à-dire ayant arrêté depuis janvier 2004, qui correspond au début des années des actions « tabac » dans l'entreprise, mais qui n'ont pas fait appel au service santé au travail pour se faire aider dans leur sevrage.

Ils apparaissent ainsi :

	Arrêts spontanés
Année 2004	22
Année 2005	30
Année 2006	25
Année 2007	20
Année 2008	4 (sur le premier semestre)

3 – 3 – Les accompagnements au sevrage dans le service de santé au travail

Depuis le 1er juillet 2006, comme nous l'avons déjà dit dans la méthodologie, les salariés ont la possibilité de prendre rendez-vous avec le médecin du travail pour un accompagnement au sevrage tabagique.
Nous présentons dans ce paragraphe quelques résultats chiffrés portant sur ces accompagnements.

3 – 3 – 1 – Nombre d'accompagnements, durée des suivis et délivrance de substituts nicotiniques

Entre le 1er janvier 2006 et juin 2008, 51 accompagnements au sevrage ont démarré dans le service de santé au travail de l'entreprise ; 2 accompagnements ont concerné la même personne (arrêt puis reprise puis nouvel arrêt), ce qui veut dire que sur notre population totale de 502 fumeurs interrogés, environ 10% ont fait la démarche d'une prise de rendez-vous avec le médecin du travail pour une aide à leur sevrage tabagique.

Sur ces 51 suivis : 7 suivis sont en cours à l'heure de la rédaction de ce mémoire (août 2008) et 44 sont terminés.

Sur les 7 suivis encore en cours :

- 3 suivis ont fait l'objet d' 1 rendez-vous à ce jour,
- 1 suivi a fait l'objet de 2 rendez-vous à ce jour,
- 1 suivi a fait l'objet de 3 rendez-vous à ce jour,
- 1 suivi a fait l'objet de 4 rendez-vous à ce jour,
- 1 suivi a fait l'objet de 6 rendez-vous à ce jour.

Ces 7 suivis ont donc fait l'objet à ce jour de 18 consultations médicales ; des substituts nicotiniques transdermiques ont été délivrés dans 7 consultations, à raison de 14 patchs distribués à chaque fois (substitution donnée pour 2 semaines, les 2 semaines suivantes étant à la charge du salarié, l'espacement moyen des consultations étant d'1 mois).

Sur les 44 suivis terminés :

- 21 ont duré 1 seul rendez-vous,
- 10 se sont étalés sur 2 rendez-vous,
- 4 se sont étalés sur 3 rendez-vous,
- 4 se sont étalés sur 4 rendez-vous,
- 2 se sont étalés sur 5 rendez-vous,
- 1 s'est étalé sur 6 rendez-vous,
- 1 s'est étalé sur 7 rendez-vous,
- 1 s'est étalé sur 9 rendez-vous.

Ces 44 suivis ont fait l'objet de 101 consultations médicales ; des substituts nicotiniques transdermiques ont été délivrés dans 68 consultations.

3 – 3 – 2 – Résultats des accompagnements

Sur les 44 accompagnements terminés, nous présentons les résultats en fonction des informations que nous avons pu récupérer. Le point de départ correspond à la 1ère consultation d'aide au sevrage demandée par le salarié fumeur.

Nous comptabilisons dans la ligne « succès » les fumeurs :

- qui ont arrêté le tabac
- qui sont motivés pour le suivi sans avoir arrêté au jour de l'entretien
- qui ont arrêté, rechuté, puis se sont de nouveau arrêtés tout en maintenant un suivi
- qui ont très fortement diminué (de plus de 75%)

Nous comptabilisons dans la ligne « échecs » les fumeurs :

- qui ont rechuté et n'ont pas repris rendez-vous
- qui ne sont pas venus au rendez-vous fixé, sans donner de nouvelles

EFFECTIF DEPART : 44	ECHECS DU SUIVI	SUCCES DU SUIVI
A 1 mois	47,73 % (21)	52,27 % (23)
A 2 mois	63,64 % (28)	36,36 % (16)
A 3 mois	72,73 % (32)	27,27 % (12)
A 4 mois	77,27 % (34)	22,73 % (10)
A 5 mois	81,82 % (36)	18,18 % (8)
A 6 mois	81,82 % (36)	18,18 % (8)
A 9 mois	84,09 % (37)	15,91 % (7)
A 12 mois	86,36 % (38)	13,64 % (6)

Entre 6 et 9 mois, on précise que le salarié fumeur passé du côté « échec du suivi », est une personne qui était très fortement consommatrice. Elle avait réussi à réduire de 40 à 5 cigarettes quotidiennes ; mais la consommation entre 9 et 12 mois est remontée à 10 puis 20 cigarettes/jour. La personne en question réalisait un sevrage pour la première fois.
Dans ce cas, l'analyse faite est que la substitution de départ avait été un peu « frileuse » car les envies de tabac restaient très fortes.

Entre 9 et 12 mois, on précise que le salarié passé du côté « échec » était un fumeur « régulier et occasionnel » : il pouvait fumer 5 ou 10 cigarettes d'affilée quand il consommait un verre d'alcool, pendant les week-end, et ne fumait pas la semaine. Il a réussi à réduire son tabagisme complètement, puis a repris à raison de 2 ou 3 cigarettes par mois. Ce salarié tient depuis environ 2 ans avec cette consommation.

Sur les 6 « succès » à 1 an, voici quelques informations complémentaires concernant 4 personnes :

- 1 salariée a réussi à maintenir son sevrage car elle est tombée enceinte. On ne sait pas à ce jour si elle a repris ou non à la naissance du bébé.
- 1 salarié a conservé des substituts nicotiniques sous forme orale depuis plus de 18 mois à présent : a-t-il déplacé sa dépendance ?
- 1 salariée a réussi à maintenir un sevrage pendant 5 mois avec les substituts nicotiniques, puis a rechuté et a pu de nouveau s'arrêter avec l'aide de la varénicline. Le sevrage tient depuis plus d'1 an.
- 1 salariée a eu un déclic lors d'un problème de nodule sur une corde vocale. L'attente des résultats de la biopsie a été très difficile et a permis la réalisation du sevrage. La BPCO n'avait pas été suffisante pour la motiver auparavant. Il s'agit d'une personne de 53 ans et qui fumait 40 cigarettes par jour depuis plus de 30 ans.

- - - - - - - - - - - -

4 – DISCUSSION

4 – 1 – L'étude et ses limites : analyse et propositions d'amélioration

4 – 1 – 1 – En amont de l'étude : l'état des lieux

Lors de l'enquête par questionnaire en 2004, nous avions répertorié un taux de fumeurs de 19 %, donc très inférieur aux 30 % de la population générale. Ce taux s'est avéré être sous-évalué : comme l'a confirmé notre étude, le pourcentage des fumeurs dans notre entreprise est de 24 à 25 % (cf cartographies p.17, 18 et 19)

Nous pouvons avancer quelques hypothèses pour expliquer cette sous-évaluation :

- Le tabac était un thème en phase de montée en charge dans l'entreprise à cette époque. Ce sujet est venu à quelques reprises attiser des querelles intestines. Peut-être y a-t-il plus de non répondants parmi les fumeurs que les non-fumeurs ?

- La période de renvoi des questionnaires a volontairement été courte (de l'ordre de 3 semaines maximum). L'entreprise compte un absentéisme moyen de 26 %, toutes causes confondues (congés, RTT, maladie, maternité, sabbatique, formation, accidents du travail, mandats syndicaux, grève). A cette époque, peut-être qu'il y avait plus d'absents parmi les fumeurs que les non-fumeurs ?

- L'étude qui a suivi a concerné tous les agents, y compris les CDD. Or on trouve un peu plus de fumeurs dans cette population, qui est majoritairement plus jeune et qui par définition connaît une moins bonne stabilité professionnelle. Le questionnaire n'avait touché que les CDI à l'époque.

- Enfin, les fumeurs dits occasionnels, fumant quelques cigarettes les week-ends, se sont peut-être classés dans la catégorie des non fumeurs lors de cette enquête, alors qu'ils sont classés dans les fumeurs par le médecin du travail.

4 – 1 – 2 – Pour améliorer la qualité du conseil minimal personnalisé

- Afin d'améliorer la qualité du conseil minimal, et afin de diversifier les manières d'aborder la question de la consommation tabagique, nous pourrions envisager de proposer un dosage du CO dans l'air expiré à tout fumeur, avec l'infirmière. Le dosage du CO expiré pourrait débuter au 1er janvier 2009.

- Nous pourrions organiser des consultations collectives, en créant des groupes de 3 à 7 agents fumeurs, quel que soit leur degré de motivation à l'arrêt. Ces groupes pourraient être pris en charge par le médecin du travail et/ou une

infirmière de santé au travail et/ou un intervenant extérieur. Cela permettrait d'élargir l'offre concernant l''aide au sevrage. Ces réunions pourraient avoir lieu sur le lieu du travail, à raison par exemple d'une par trimestre. Les inscriptions se feraient auprès de l'infirmière, au moment où le thème du tabac serait abordé dans l'entretien préalable à la visite avec le médecin.

- Afin d'obtenir une cartographie plus précise du tabagisme de l'entreprise, nous pourrions classer les fumeurs selon leur stade sur le cycle de Proshaska, dès 2009 : ainsi le médecin et l'infirmière pourraient mesurer au fil des visites la progression (ou non) des salariés dans leur projet de sevrage et affiner les entretiens.

- Nous pourrions mesurer l'intérêt à délivrer systématiquement quelques patchs ou quelques gommes à la fin de chaque consultation, même si l'agent n'est pas dans un projet d'arrêt de sa consommation. Ce pourrait être l'objet d'une étude : le conseil minimal personnalisé avec délivrance automatique de quelques substituts permettrait-il à un nombre plus grand de salariés de s'arrêter de fumer ?

4 – 1 – 3 – Pour améliorer la qualité des accompagnements au sevrage

Voici quelques pistes d'amélioration de la qualité des prises en charge des sevrages :

- Travailler en utilisant les dossiers de tabacologie de l'Inpes afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et de les distinguer de nos dossiers de santé au travail.

- Envisager la signature d'un « contrat » passé entre le médecin du travail et le salarié, définissant un engagement sur la durée minimum du suivi. Cette dernière devra être convenue de manière réaliste (contraintes liées au contrat de travail, aux obligations de service, aux possibilités du médecin du travail …) entre les deux acteurs de la collaboration thérapeutique.

- Prévoir un dosage systématique du CO dans l'air expiré, lors du conseil minimal mais également des visites médicales d'accompagnement au sevrage tabagique.

- Rajouter les substituts nicotiniques sous forme orale dans le panel des traitements délivrés gratuitement par l'employeur, selon un protocole là encore bien défini (moitié du traitement, ou traitement pour 10 jours, ou échantillons…).

- Prévoir une prise de nouvelles entre les consultations par un appel téléphonique, ou par l'utilisation de l'intranet.

- Rappeler systématiquement les agents qui ne viennent pas à leur rendez-vous pour connaître le motif : reprise tabac ? oubli ? On a vu à travers les résultats

que les sevrages « réussis » étaient ceux pour lesquels le nombre de rendez-vous était le plus élevé. Quantin a montré un OR à 2,3 lorsque le nombre de consultations de suivis était supérieur à 8. [9]

- Construire un outil d'évaluation des suivis : questionnaire écrit à 3 mois, 6 mois, 9 mois et 1 an, ou bien nouvelles par téléphone ?

4 – 1 – 4 – Des moyens intéressants

Le médecin du travail bénéficie d'une population intéressante à suivre pour travailler sur la tabacologie : en effet, comme les agents sont vus régulièrement (tous les 1 à 2 ans en moyenne), il devient possible de réduire le nombre des fumeurs « perdus de vue » aux seuls salariés ayant physiquement quitté l'entreprise (fin de contrat de CDD, démission, licenciement et retraites). La population de notre entreprise, à faible turn-over, est donc assez facile à suivre sur plusieurs années.

Nous avons pu bénéficier dans notre étude du « double » entretien : le salarié est vu d'abord par l'infirmière puis par le médecin du travail. Tout comme les entretiens portant sur la santé ou sur les problématiques du travail, il est intéressant de constater que les salariés ne délivrent pas les mêmes informations à l'infirmière et au médecin.
On voit combien le rôle de l'infirmière dans son pré entretien joue parfois une rôle de levier sur le sujet : le salarié a le temps de repenser à cet échange lorsqu'il est assis en salle d'attente avant d'être reçu par le médecin. Ceci est vrai d'ailleurs pour bien d'autres questions que celles du tabac : un problème de conflit sera parfois déjà en partie résolu après passage vers l'infirmière qui l'aura écouté, ou dès la prise de rendez-vous avec la secrétaire qui aura prêté une oreille attentive.

Il a été montré en tabacologie que l'augmentation du nombre des intervenants était un facteur favorisant les chances de réussite à l'arrêt : OR = 2,5 s'il y a au moins deux intervenants dans la prise en charge du sevrage tabagique. [9]

4 – 2 – Revue de la littérature

La réalisation de notre étude a permis de concrétiser des actions sur le plan de la prévention et sur le plan de la prise en charge thérapeutique des fumeurs.
Cette initiative, qui mérite d'être poursuivie en intégrant les améliorations proposées, nous a paru s'inscrire en droite ligne des multiples études réalisées sur le sujet, ainsi que des diverses dispositions législatives votées à l'Assemblée Nationale dont la Loi Evin représente encore, dans l'esprit collectif, une initiative majeure en la matière.
Nous proposons une rapide revue des textes de lois et des études qui auront en partie inspiré et encouragé notre démarche sur le lieu de travail.

4 – 2 – 1 – Quelques textes de loi

4 – 2 – 1 – 1 – Code du Travail et médecin du travail

- Article R. 241-41 : cf. introduction

- Article R. 241-58 : Le médecin du travail peut participer, notamment en liaison avec le médecin inspecteur régional du travail et le la main d'œuvre, à toutes recherches, études et enquêtes, en particulier à caractère épidémiologique, entrant dans le cadre des missions qui lui sont confiées. [3]

- Art. R. 241-30 : Le médecin du travail est lié par un contrat passé avec l'employeur ou le président du service médical inter-entreprises. Ce contrat est conclu dans les conditions prévues par le Code de déontologie médicale. L'indépendance du médecin du travail à l'égard de l'employeur est garantie par cet article. [3] [10]

4 – 2 – 1 – 2 – Code du Travail et CHSCT

- Art. L. 236-1 : (…) la mise en place d'un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ne s'impose que si l'effectif d'au moins cinquante salariés a été atteint pendant douze mois, consécutifs ou non au cours des trois années précédentes. A défaut (…) les délégués personnels de ces établissements ont les mêmes missions et moyens que les membres desdits comités ; ils sont également soumis aux mêmes obligations (…). [3]

- Art. L236-2 : Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail a pour mission de contribuer à la protection de la santé des salariés de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure (…). Le comité procède à l'analyse des risques professionnels (…), à des inspections dans

l'exercice de sa mission (…). Il effectue des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel. Le comité contribue à la promotion de la prévention des risques professionnels dans l'établissement et suscite toute initiative qu'il estime utile dans cette perspective. Il peut proposer, à cet effet, des actions de prévention (…). [3]

4 – 2 – 1 – 3 - Code du Travail et prévention

L'employeur, mais aussi le salarié ont une obligation de sécurité, comme le rappellent les articles suivants du Code du Travail :

- Art. L.230-2 : Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement, y compris les travailleurs temporaires. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. Il veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes. (…). [3] [11]

- Art. L. 230-3 : Conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur ou le chef d'établissement (…), il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa sécurité et de sa santé ainsi que celles des autres personnes concernées du fait de ses actes ou de ses omissions au travail. [3] [11]

Le tabac peut constituer une source de responsabilités pour l'employeur : l'exposition au tabac dans le cadre du tabagisme passif constitue une faute inexcusable. [12]

L'arrêt du 29 juin 2005 de la chambre sociale de la cour de Cassation met à la charge de l'employeur une obligation de moyens mais également de résultat en ce qui concerne la protection des salariés contre le risque du tabagisme sur le lieu de travail. Tout salarié exposé à la fumée de tabac dans un établissement peut prendre acte de la rupture de son contrat de travail du seul fait que son droit à la santé n'est pas assuré, ce qui vaut à un licenciement sans cause réelle et sérieuse.[13]

Le 11 septembre 2003, la Cour d'appel de Bordeaux a jugé que commet une faute grave justifiant le licenciement le salarié qui fume dans l'entreprise malgré les panneaux d'interdiction. [11]

4 – 2 – 1 – 4 – Lois « tabac et travail » [8]

- Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976, dite « loi Veil » : première loi française de lutte contre le tabagisme.
- Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991, dite « loi Evin » : relative à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme.
- Décret n° 91-410 du 26 avril 1991 : fixe au 31 mai la journée mondiale sans tabac.
- Décret n° 92-478 du 29 mai 1992 : fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif.
- Circulaire DRT n° 99/8 du 18 juin 1999 relative à la lutte contre le tabagisme sur les lieux de travail.
- Circulaire DH/EO2/DGS/2000/182 du 3 avril 2000 : lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et création d'unités hospitalières de tabacologie.
- Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006, fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affecté à un usage collectif. Il vise à permettre une application stricte de la loi Evin et renforce l'interdiction de fumer dans les lieux publics et sur les lieux de travail. Il est applicable au 1er février 2007, et repoussé au 1er janvier 2008 pour les bars et restaurants.
- Circulaire du 24 novembre 2006 concernant la lutte contre le tabagisme : elle fixe entre autres que les bureaux individuels ne peuvent plus être des lieux fumeurs. Elle précise également que l'employeur est soumis à une obligation de résultat vis-à-vis de ses salariés en ce qui concerne leur protection contre le tabagisme passif.
- Circulaire du 27 novembre 2006 relative aux conditions d'application dans les services de l'état et des établissements publics qui en relèvent de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif

4 – 2 – 2 – Problématique du tabagisme sur le lieu de travail

4 – 2 – 2 – 1 – Le tabagisme passif et ses risques

Dans l'air ambiant des lieux de travail, la fumée de tabac inhalée par le personnel se compose du courant secondaire et du courant principal rejeté par le fumeur. Le courant secondaire est la partie de la fumée qui s'échappe de la cigarette, lorsque celle-ci se consume entre les bouffées. Le courant principal désigne la part de la fumée qui est inhalée puis rejetée par le fumeur. Par comparaison avec le courant secondaire, la part des substances toxiques dans le courant principal est accessoire. [14]

L'inhalation involontaire par les non-fumeurs de la fumée dégagée dans l'environnement par les fumeurs est à l'origine d'un réel problème de santé publique, il a donné lieu en 1997 à un rapport de l'Académie nationale de médecine. [15]

Les plaintes somatiques de 100 000 employés de bureau soumis au tabagisme passif ont fait l'objet d'une étude. Elles ont été relevées et classées de la manière suivante: irritations des yeux (65%), irritation du nez (45%), toux (30%), infections respiratoires (25%). [1] [16]

Le tabagisme passif a un coût. Celui-ci a été évalué par une étude à Hong-Kong, portant sur plus de 14 000 salariés. Il a été montré que 47,5% des employés étaient exposés au tabagisme passif, que ceux-ci avaient 37% de plus de risque de consulter un médecin, et qu'ils coûtaient 20 millions de dollars à leurs employeurs.[1]

En matière de jurisprudence, l'arrêt du 16 mars 2004 de la cour d'appel de Rennes a reconnu que le droit de retrait du salarié qui s'exerce habituellement dans une situation présentant un danger grave et imminent (article L. 231-8-1) pouvait s'exercer en matière de tabagisme passif. [17]

La toxicité du tabagisme passif est aujourd'hui prouvée scientifiquement, et il est impossible de définir un taux d'exposition sans risque à la fumée ou un seuil d'exposition acceptable. Il est donc nécessaire de séparer les fumeurs des non-fumeurs pour protéger ces derniers du tabagisme. [18]

Le communiqué de l'Académie nationale de médecine, portant sur la prévention du tabagisme passif, adopté le 14 juin 2005, recommande :
1- D'appliquer strictement les dispositions de la loi Evin
2- De porter une attention particulière à la femme enceinte et à l'enfant
3- De développer et renforcer une information objective du public sur les dangers du tabagisme passif
4- D'instaurer dans les meilleurs délais l'interdiction de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail clos et couverts. [17]

Les salariés du secteur de la restauration étaient très concernés, jusqu'à la toute récente loi visant à leur protection. Une large étude (étude NHANES III) ayant porté sur 20 000 personnes aux Etats-Unis a mis en évidence que les serveurs étaient de loin le groupe professionnel le plus exposé au tabagisme passif dans le cadre professionnel. [19]

4 – 2 – 2 – 2 - Risques liés à la consommation de tabac

D'après Dautzenberg, dans un établissement de 200 employés, 24 seront fumeurs toute leur vie, 12 mourront prématurément d'une maladie liée au tabac et 1 non fumeur mourra de tabagisme passif.[1]

Le tabac en entreprise est lié à un nombre accru de maladies professionnelles, d'accidents, d'absentéisme pour maladie. Il augmente le risque incendie et nuit

également à l'image du lieu de travail. Les cigarettes sont la 3ème cause de départs de feux dans les lieux de travail. Les conséquences matérielles et humaines sont parfois très graves, notamment dans des établissements recevant du public. [20] [21]

Il existe des interactions entre le tabagisme et certaines expositions professionnelles. On parle d'interaction additive lorsque le risque global lié au tabac et à l'autre polluant correspond à la somme de chacun des risques pris isolément et d'interaction multiplicative lorsque le risque global correspond au produit de chacun des risques. Le risque de BPCO s'additionne en cas de tabagisme et d'exposition aux poussières de ciment, poussières de charbon, poussières céréalières, poussières de silice. Le risque de cancer du poumon est multiplié en cas d'exposition au tabac et à l'amiante, c'est le cas également pour le cancer de la vessie et l'exposition aux hydrocarbures polycycliques aromatiques. [5] [22]

La fumée du tabac interagit avec de nombreux produits chimiques et peut favoriser le développement d'allergies ; le tabac favorise également la perte d'audition lors de l'exposition au bruit. [1] [23] [24]

Le tabac joue un rôle également dans certains conflits interpersonnels, si les zones fumeurs et non fumeurs sont mal délimitées, mal ventilées. Se pose également parfois la question de l'hygiène des locaux, de la dégradation du matériel et en particulier des sols. Sur le plan financier, il a été évalué qu'un employé fumeur coûterait 1500 à 4000 euros de plus par an qu'un employé non fumeur, en prenant en compte l'ensemble des risques. [1] [6]

4 – 2 – 3 – L'entreprise sans « la fume »

4 – 2 – 3 – 1 – Bénéfices pour l'entreprise sans tabac

Une entreprise sans tabac, c'est avant tout une entreprise qui protège la santé de ses salariés, qui affiche une certaine éthique. Cela peut contribuer à améliorer son image auprès de ses salariés, mais aussi de ses clients et de ses fournisseurs. La Lutte contre le tabac peut faire partie des mesures prises dans le cadre de la responsabilité sociale d'entreprise (RSE) instaurée par la loi n° 2001-420 du 15 mai 2001. [21]

Déjà en 1861, un extrait du registre des décisions du gouverneur de la Banque de France avait pour but d'interdire l'usage de fumer dans l'intérieur de la banque : «Considérant que, malgré des avis réitérés, l'usage de fumer dans l'intérieur de la Banque s'est introduit parmi les employés … Tout employé, quelque soit son grade, qui sera trouvé fumant ou ayant en sa possession … des instruments de feu prohibés, sera puni … ». [1]

Lorsqu'il est interdit de fumer sur le lieu de travail, celui-ci ne devient plus un lieu d'initiation au tabagisme, en particulier dans certaines professions où le tabac occupe un

rôle social important. De même, le fumeur n'est plus entretenu dans son addiction car le lieu de travail ne joue plus le rôle de facilitateur. Dans les enquêtes conduites par l'OFT, il apparaît que la majorité des fumeurs sont favorables à une entreprise sans tabac. [1] [25] Ainsi, le non-fumeur n'est pas incité à devenir fumeur, le fumeur occasionnel n'est pas incité à devenir un fumeur régulier et le fumeur régulier se pose la question de son arrêt.

Parallèlement aux interdictions de fumer, le gouvernement a mis en place des mesures de lutte contre le tabagisme, en travaillant autour de deux axes : augmentation du nombre de consultations sur le territoire - collectives et individuelles - et mise en place d'un forfait de 50 euros pour l'aide au financement des substituts nicotiniques. [1] [26]

L'air est plus pur dans les entreprises françaises depuis le 1er février 2006. Le décret est globalement bien respecté et accepté, même s'il faut dénouer quelques conflits. Les petites entreprises notamment ne s'étaient pas assez préparées, constatait récemment le Pr. B. Dautzenberg. [27]

L'interdiction de fumer a profondément changé le statut tabagique des lieux de travail. Dans une enquête réalisée de janvier à mars 2007 auprès de médecins du travail, plus de 80% des salariés interrogés étaient totalement protégés avec des entreprises sans tabac, seuls 13% travaillaient dans des entreprises n'ayant pas encore parfaitement appliqué le décret. [28]

Tous ces éléments ont renforcé la conviction que l'entreprise dans laquelle se déroule notre étude s'était légitimement impliquée dans la prise en charge de la problématique liée au tabac.

4 – 2 – 3 – 2 – Proposition d'un guide méthodologique

Une méthode est proposée par Bertrand Dautzenberg – on peut la trouver sur le site de l'INPES - comportant 6 étapes [1] [29] :

1 – Création d'un comité de pilotage, dans lequel toutes les instances seront représentées : la direction des ressources humaines, le CHSCT et les délégués du personnel, le médecin du travail et le service de santé au travail.
2 – Audit de la situation : cette étape consiste à établir un état des lieux de la situation de l'entreprise. On peut s'appuyer sur des grilles d'évaluation, comme celle réalisée par l'association des Droits des Non Fumeurs [30]
3 – Consultation du personnel, des fumeurs et des non fumeurs. Elle peut se faire par l'administration d'un questionnaire anonyme. Un exemple de questionnaire a été élaboré par l'OFT [25]
4 – Elaboration du plan d'action par le comité de pilotage, dans lequel seront présentés : la politique de l'entreprise en matière de tabagisme, un calendrier prévisionnel de mise en œuvre, les objectifs, la présentation d'un dispositif d'aide au sevrage si possible

(externe ou interne), la présentation d'un volet disciplinaire si nécessaire, la présentation régulière d'un bilan (tous les 12 ou 24 mois).
5 – Diffusion des informations : par l'affichage, la communication interne.
6 – La mise en place de l'aide au sevrage (cf. paragraphe suivant 4 – 2 – 3 – 3 -).

Les évaluations et bilans seront nécessaires pour définir les actualisations nécessaires, vérifier les progrès et recueillir les avis des employés. Il existe un cycle de préparation au changement pour l'entreprise engagée, comme pour tout fumeur : cycle de Clementi et Prochaska, afin de passer du stade « entreprise satisfaite du tabagisme » au stade « entreprise sans tabac ». [15]

Il est à présent tout à fait possible de faire inscrire la politique sans tabac dans le règlement intérieur d'un établissement : par exemple, l'interdiction de fumeur devant les portes d'entrée si cela nuit à l'image de l'établissement (même s'il s'agit d'un lieu ouvert). Les engagements pris peuvent figurer également sur le Document Unique des Risques qui est l'outil de transposition par écrit des risques professionnels imposé à tout employeur par le Code du Travail (article R. 230-1/L.230-2). [1]

Il existe une Charte Entreprise sans tabac témoignant d'un engagement à un statut d'établissement sans tabac, elle est éditée par l'OFT qui propose également des programmes d'aide à l'arrêt du tabac en entreprise. [25] [31]

4 – 2 – 3 – 3 - Aide à l'arrêt en entreprise

Statistiquement, une chose est certaine : toute action de sensibilisation contribue à éveiller le désir de sevrage chez quelques fumeurs. Une campagne dans une entreprise peut devenir une occasion de réduire ou arrêter sa consommation. L'employeur devra permettre à ses salariés d'avoir accès à une aide au sevrage, interne ou externe à l'établissement. Au minimum, tout salarié doit connaître le numéro de Tabac Info Services. [32]

Dans toutes ces démarches, à aucun moment les fumeurs ne devront être stigmatisés, car il est difficile de ne pas fumer ou d'arrêter de fumer pour un fumeur.
L'OFT est intervenu entre 2002 et 2004 dans une quarantaine d'entreprises ; on estime à 20 000 le nombre de salariés ayant bénéficié d'une action du programme. Environ 600 salariés ont été pris en charge pour l'arrêt du tabac avec un taux d'arrêt à 3 mois de 50% et à un an de 34 %. Ces taux sont supérieurs à ceux retrouvés dans les consultations de tabacologie, à la fois car les fumeurs bénéficient en entreprise du soutien du groupe, et parce que leur profil de fumeur est différent de ceux se rendant en consultation de tabacologie. [25]

4 – 2 – 3 – 4 – Quelques actions en entreprise

En 1999, une action a été menée au siège social de Coca-Cola : profitant d'un emménagement dans des bâtiments neufs, l'entreprise a décidé que les locaux seraient désormais non fumeurs, en dehors de trois espaces aménagés et ventilés. L'utilisation des téléphones mobiles a permis de résoudre en partie le problème des temps de pause cigarette, source de conflits entre les salariés fumeurs et non fumeurs et de non productivité pour l'entreprise : les salariés restent joignables pendant leur pause et peuvent ainsi poursuivre leur activité dans les salles fumeurs. [20]

Dans le cadre du Réseau Hôpital sans tabac, des réunions avaient été mises en place pendant l'été 2003. Au terme du 1er mois de sevrage, 68% des salariés continuaient leur sevrage. [33]

La Française de mécanique, située dans le Pas de Calais, a progressivement mis en place des actions : des aires pour les fumeurs ont été aménagées, et l'ensemble du service de santé au travail – médecins et infirmiers- a été formé au sevrage tabagique. Les salariés fumeurs se voient proposer lors de la visite annuelle un suivi individuel et une mise à disposition gratuite de patchs pendant un mois. [34]

En juin 2003, une action de prévention du tabagisme a été mise en place au siège de l'entreprise Renault : actions de sensibilisation dans les restaurants d'entreprise sous forme de questionnaires et jeux, consultations de tabacologie offertes aux salariés volontaires, expositions. Ces actions ont débuté grâce à la collaboration de plusieurs partenaires : Office français de prévention du tabagisme, Caisse Régionale d'Assurance Maladie, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. [35]

En 2004, le Département de Santé publique du centre Léon Bérard et le Laboratoire de Santé Publique de l'Université Lyon 1 ont questionné les salariés de la CRAM Rhône-Alpes et ont déterminé des typologies de fumeurs (« intraitables », « accommodants » et individualistes ») et de non fumeurs (« intraitables », « faibles » et « laisser-faire »). La connaissance des attitudes des salariés a des conséquences sur l'orientation à donner sur la prévention. [36]

Dans les entreprise Dagard (Est de la Creuse) et Wagon, des groupes de sevrage ont été instaurés avec des résultats d'arrêt à un an de respectivement 41 % et 38 %. [37]

Le travail en entreprise n'est pas toujours un accompagnement vers un sevrage, les conditions nécessaires n'étant pas toujours présentes. C'est parfois l'aide à la mise en place d'un cadre réglementaire négocié pour permettre une cohabitation des fumeurs et des non fumeurs, comme exposé dans une briqueterie de la région de St Etienne. [38]

4 – 2 – 4 - Le médecin du travail et les addictions

Les addictions sur le lieu de travail concernent le tabac, certaines drogues (cannabis, cocaïne, héroïne, ecstasy …), l'alcool, les médicaments psychotropes. Certains spécialistes en associent la prise aux situations de travail et contraintes professionnelles. Il semblerait notamment que les consommations soient plus élevées ou plus fréquentes chez les personnes qui sont affectées à des postes à risque. [10]

En consommant la substance, le salarié cherche à décompresser, à mettre ses problèmes à distance, à se désinhiber, se concentrer … Trois effets principaux sont recherchés et mentionnés comme tels par les collaborateurs dépendants : la désinhibition, l'altération de la notion du temps et le renforcement de la concentration. [35] [39]
Il est difficile d'avoir des chiffres précis, mais les études qualitatives et de nombreux témoignages confirment une augmentation significative de ces problèmes d'addictions [40]

C. Cungi cite un exemple : Stevens fume deux paquets par jour. Il pense « Fumer est absolument nécessaire pour que je puisse travailler. Sans cigarette, je ne peux plus me concentrer et je perds tout contrôle ». La croyance de base de Stevens est «Si je ne fume pas, je ne serai plus capable de travailler, je n'aurai plus confiance en moi, je serai nul. Il faut donc que je fume pour avoir de la valeur. » On voit ici combien le tabac semble avoir un effet sur les capacités à se concentrer. [15]
Pour Freud, le travail de concentration ne pouvait se concevoir sans cigare. L'inventeur de la psychanalyse n'a pas caché que ses possibilités d'écoute étaient liées à la dégustation de l'un de ses cigares. La production de ses textes analytiques était elle aussi soumise à l'indispensable tabac stimulant. [41] [44]
Un détective d'un autre style, le journaliste Joseph Rouletabille, allume sa pipe qui ne le quitte jamais et s'entoure de tabagie quand il réfléchit. [42]

4 – 2 – 4 – 1 - Tabac et conseil minimal

Au cours de la visite annuelle du salarié, le médecin du travail se doit de sensibiliser les employés fumeurs aux effets du tabagisme actif et passif. Il doit entamer une prise en charge et/ou orienter l'employé motivé vers un tabacologue. En multipliant les sensibilisations collectives, le médecin du travail devrait pouvoir mettre en place un plan global de prévention du tabagisme au sein de l'entreprise. Cette action devrait être évaluée chaque année, au moins par l'estimation annuelle du nombre de fumeurs dans l'entreprise. [5]

Un point capital : la pratique du conseil minimal permet de tripler le taux d'arrêt du tabagisme à 12 mois dans une population de fumeurs : si le taux d'arrêt spontané est de 2%, le conseil minimal le fait passer à 6%. [43]

4 – 2 – 4 – 2 – Et pour l'alcool ?

Comme l'expose le Dr Eric Hispard, médecin du travail et alcoologue, on considère que 10% des salariés ont un problème avec l'alcool et entre 5 et 8% sont réellement dépendants. Toutes les populations sont concernées, avec un glissement vers les sphères les plus élevées. Le problème, c'est que l'alcool a un côté festif, sympathique, qui crée du lien social dans l'entreprise. Il n'y a pas si longtemps, les commerciaux auraient pu inscrire leur alcoolisme au titre des maladies professionnelles tant ils étaient sollicités pour emporter des contrats. [34]

Pour reprendre l'exemple de la Française de mécanique, une démarche « zéro alcool » a débuté en 2006 et notamment plus une goutte d'alcool n'est disponible au restaurant de l'entreprise. Un partenariat a été mis en place avec le centre d'addictologie du centre hospitalier de Lens pour des prises en charges individuelles. [34]

La MILDT (Mission Interministérielle du Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie) compte sur la mobilisation de tous les acteurs pour réduire les dépendances des salariés et en particulier insiste sur le rôle des médecins du travail : ils doivent apprendre à repérer la dépendance et proposer une aide adaptée. Aujourd'hui, ils n'abordent que trop rarement la question de la consommation d'alcool. Or, l'impact de la parole du médecin est important. [35]

- - - - - - - - - - - -

5 - CONCLUSION

A travers cette étude, nous avons montré quel rôle pouvait jouer le médecin du travail dans la prise en charge du tabagisme. Dans notre entreprise, les fumeurs ont bénéficié d'un conseil minimal personnalisé lors de leur visite médicale. Environ 10% d'entre eux ont pris un rendez-vous dans les mois qui ont suivi pour une aide au sevrage au sein du service de santé au travail.
Il aura fallu l'investissement de plusieurs acteurs pour concrétiser le projet : les infirmières et la secrétaire médico-sociale, le service prévention, le service formation, le CHSCT, le service communication, la direction et le médecin du travail.

Nous avons réfléchi à des pistes d'amélioration qui permettront une meilleure qualité des suivis et peut-être une progression des fumeurs dans un projet d'arrêt : l'utilisation des dossiers Inpes dans les suivis de sevrage, l'établissement d'un contrat moral signé, la prise de nouvelles, le rappel des « perdus de vue », l'élargissement de l'offre en substitution nicotinique.

La mise en place d'une prise en charge du tabagisme dans une entreprise s'inscrit dans la durée. Une action éclair permet de sensibiliser les fumeurs ; il faudra du temps pour mûrir la décision de l'arrêt et l'éventuel prise de rendez-vous avec le médecin du travail ou le tabacologue. Il est nécessaire de relancer régulièrement les campagnes d'information et de communication sur ce thème et d'apporter des idées innovantes au sein du collectif de travail. La formation des soignants est une étape indispensable.

Le médecin du travail peut être un relais des actions de santé publique en général. Par la connaissance des postes de travail, des individus, des organisations des établissements, il a un rôle important à jouer en matière de tabagisme. Il agira d'autant plus efficacement qu'il pourra s'appuyer sur des ressources internes (CHSCT, direction, préventeurs …) et externes (groupes d'échanges des pratiques, réseaux de tabacologues, formation continue, congrès …)

La prise en charge des addictions et plus particulièrement du tabagisme est un enjeu majeur de santé publique. Le médecin du travail, comme chaque professionnel de santé intervenant auprès d'un individu, doit permettre à ce dernier de s'interroger sur son tabagisme. Le cas échéant, le conseil minimal invitera le fumeur à réfléchir sur sa consommation et contribuera peut-être à le faire progresser dans sa décision de sevrage.

La formation des médecins du travail dans le domaine des addictions (actualisation ou acquisition de compétences) est un des objectifs du Plan gouvernemental des addictions 2007-2011. [10]

- - - - - - - - - - - -

REMERCIEMENTS

Merci à tous les enseignants du DIU de tabacologie de 2007 /2008 pour la qualité de leurs interventions.
La diversité des sujets, les différentes approches, ont été des sources riches pour les étudiants … qui n'ont pas hésité à questionner … et à interrompre les présentations, preuves de l'intérêt suscité.

Merci à tout le groupe des « futurs tabacologues », de 7 (un peu plus !) à 77 (un peu moins !) ans. J'ai été ravie de vous retrouver le temps des séminaires …

Merci à mes collègues de travail, Michèle, Elisabeth, Sylvie et Mireille, précieuses collaboratrices, qui ont adhéré aux nouveaux projets du service, et se sont impliquées entre autres dans les actions « tabac ».

Merci aux services qui collaborent avec nous dans le domaine de la prévention : le service communication, le service PEPS, les membres du CHSCT, ainsi qu'à la direction qui a été d'accord pour les actions proposées et a accepté le financement d'une partie des substituts nicotiniques.

Merci à Olivier, Clémentine, Margaux et Jules.

Un clin d'œil à toi, Jeepé, pour quelques moments partagés autour d'une cigarette …

- - - - - - - - - - - - -

BIBLIOGRAPHIE

[1] Dautzenberg B., « Travailler sans tabac – Le guide », éd. Margaux Orange, OFT, 2007, 147 p.

[2] Vincent R., et al. Carex., «Système international d'information sur l'exposition professionnelle aux agents cancérogènes en Europe. Résultats des estimations pour la France pendant les années 1990-1993. » Cahiers de Notes documentaires, 1999, (176), p. 49 à 58.

[3] Code du Travail, DALLOZ, édition 2001, 2356 p.

[4] Ramaut D., « Journal d'un médecin du travail », éditions le Cherche Midi, 2006, 174 p.

[5] Perriot J., « Tabacologie et sevrage tabagique », éditions John Libbey Eurotext, 2003, 234 p.

[6] Santé Canada. Bilan de la consommation de tabac. Les coûts de l'usage du tabac en milieu du travail. 1995

[7] Cardona A., Thomas AM., Couffignal-Tulpin C., Vannier-Nitengerg C., Fantino B., « Le tabac à la CPAM de Lyon – Enquête et action de Prévention », Poster, Congrès régional « Education pour la Santé et tabacologie », Saint-Etienne, septembre 2004.

[8] Site Internet : www.sante.gouv.fr

[9] Quantin X., Godard P., « Agir ensemble », Paris, 2007.

[10] « Addictions et travail », dossier Web, site INRS, mise à jour 20/06/2007, www.inrs.fr

[11] Gayet C., « Tabagisme passif et tabagisme actif : obligation de sécurité pour l'employeur et pour le salarié », Document pour le Médecin du Travail, n° 104, 4è trimestre 2005, p. 549 et 550.

[12] Arbouch P., Triclin A., « Les tabous dans l'entreprise : prévenir et gérer ces risques dont on ne parle jamais », Paris, Eyrolles, Ed. d'organisation, 2007, (coll. Ressources humaines), p. 55 à 76.

[13] Roussille B. Interdiction de fumer dans les lieux publics en France. Inspection générale des affaires sociales. Rapport n° 2005193. Décembre 2005.

[14] Hoffmann R., « Tabagisme passif sur les lieux du travail », Cahiers de notes documentaires – Hygiène et sécurité du travail, n° 192, 3ème trimestre 2003.

[15] Cungi C., « Faire face aux dépendances – Alcool, tabac, drogues, jeux, Internet », éditions Retz, 2005, 248 p.

[16] Barad CB., « Smoking on the job : the controversy heats up. », Occup Health Saf 1979, 48 (1) : 21-4

[17] Nordmann R., Dubois G., « La prévention du tabagisme passif en France – Un communiqué de l'Académie nationale de médecine », Documents pour le Médecin du Travail, n° 103, 3è trimestre 2005, p. 402 et 403.

[18] Dautzenberg B. Le tabagisme passif. Rapport du groupe de travail DGS (Direction Générale de la Santé). Paris : La Documentation française, 2001 : 200 pages.

[19] Henrotin J.B., JACQUET F., « Salariés non-fumeurs et tabagisme passif dans les cafés et les restaurants : mise au point », Documents pour le Médecin du Travail, n° 98, 2è trimestre 2004, p. 201 à 220.

[20] « Tabac en entreprise : entre loi et prévention », La Santé de l'homme, n° 355, Septembre-Octobre 2001, p. 43 à 45.

[21] « Lutter contre le tabagisme en entreprise », Dossier Web, site INRS, mise à jour 03/01/2008, www.inrs.fr

[22] Rudnick J. Smoking control in the workplace. In : Encyclopaedia of Occupational Health and Safety. 4è édition. Genève : Bureau International du travail, 1998 : 15-37.

[23] Teculescu D ; Bohadana A. L'atteinte à la santé respiratoire des fumeurs par le tabagisme au travail. Dans : Dautzenberg B, La lutte contre le tabac en entreprise : le guide. Paris : Margaux Orange, 2000 : 3-7.

[24] Palmer KT, et al. Cigarette smoking, occupational exposure to noise, and self reported hearing difficulties. Occup Environ Med 2004 ; 61 (4) : 340-4

{25] OFT : Office Français de Prévention du Tabagisme (site en ligne)
http://www/oft-asso.fr

[26] INPES. Lutter contre le tabagisme et le tabagisme passif : l'interdiction de fumer dans les lieux publics, et le dispositif de communication. Dossier de presse, 16 novembre 2006 : 18 pages.

[27] Chayet D., « Tabac : les entreprises jouent le jeu », le Figaro, 08/11/2007.

[28] Dautzenberg B., « Enquête sur l'évolution du tabagisme sur le lieu de travail avec l'interdiction de fumer au premier février 2007, France, janvier-mars 2007 », BEH thématique n° 21, 29 mai 2007, p. 186 à 188.

[29] site de l' INPES : www.inpes.sante.fr

[30] Les Droits des non-fumeurs (DNF) : www.dnf.asso.fr

[31] Letourmy F., « L'arrêt du tabac en entreprise », in « Congrès régional Education pour la santé et tabacologie », 23 et 24 septembre 2004, St Etienne, Actes Mars 2005, p. 95 à 102.

[32] Tabac Info Service : 0 825 309 310

[33] Opération « Ce mois-ci j'arrête » - Aide à l'arrêt du tabac pour les personnels hospitaliers, 13 juin – 30 septembre 2003, Synthèse du rapport de mission, Réseau Hôpital sans tabac, Novembre 2003, 10 p.

[34] « Alcool, Tabac … au travail – De bien mauvaises habitudes », Dossier, Travail et Sécurité, 11-6, p. 29-36.

[35] « Conduites addictives dans l'entreprise – Comment faire face ? », Travail et Sécurité, 10-3, p. 14-20.

[36] Pérol D., « Attitudes et comportements vis-à-vis du tabagisme en entreprise : résultats d'une enquête transversale réalisée en juin 2004 parmi les salariés de la Cram Rhône-Alpes », in « Congrès régional Education pour la santé et tabacologie », 23 et 24 septembre 2004, St Etienne, Actes Mars 2005, p. 103 à 105.

[37] Busset C., « Expérience du centre médical MGEN de Ste Feyre dans une démarche d'aide au sevrage tabagique en entreprise », in « Congrès régional Education pour la santé et tabacologie », 23 et 24 septembre 2004, St Etienne, Actes Mars 2005, p. 107 et 108.

[38] Clémenson P., « L'éducation pour la santé face au tabagisme en entreprise : l'expérience du Codes 42, Loire », in « Congrès régional Education pour la santé et tabacologie », 23 et 24 septembre 2004, St Etienne, Actes Mars 2005, p. 109 à 111.

[39] Fontaine A., « Usage de drogues et vie professionnelle », Recherche exploratoire, OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies), juillet 2002.

[40] Sahler B, « Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail », réseau éditions ANACT, 2007, 268 p.

[41] Grimbert P., « Pas de fumée sans Freud – Psychanalyse du fumeur », Editions Hachette Littérature, 1999, 238 p.

[42] Leroux G., «Le mystère de la chambre jaune », Le livre de poche Classique, Ed. 2008, 350 p.

[43] Conférence de Consensus. « L'arrêt de la consommation du tabac », Paris, octobre 1998, ANES, Paris.

[44] Grimbert P., « Freud, le suçoteur », Spirale n°23, p. 53 à 68.

- - - - - - - - - - - -