

Prévalence du tabagisme dans une entreprise de la ville de Sousse, Tunisie

Smoking prevalence in a factory in the region of Sousse, Tunisia

Jihene Maatoug¹, Nabiha Bouafia², Souad Amimi³, Jihene Sahli¹, Sana Bhiri¹, Nawel Zammit¹, Mounir Saadi³, Hassen Ghannem¹.

1-Service d'Epidémiologie et de Statistiques Médicales, CHU Farhat Hached de Sousse / Université de Sousse / Faculté de Médecine de Sousse.

2-Service d'Hygiène Hospitalière, CHU Farhat Hached de Sousse / Université de Sousse / Faculté de Médecine de Sousse

3-Groupement de Médecine de travail du gouvernorat de Sousse / Université de Sousse / Faculté de Médecine de Sousse

RÉSUMÉ

Prérequis : Le tabagisme représente un problème de santé publique du fait de sa prévalence élevée et de ses conséquences graves à tous les niveaux.

But : L'objectif de cette étude est de déterminer la prévalence tabagique chez les travailleurs dans une entreprise privée et de décrire les caractéristiques des fumeurs afin d'orienter les actions de prévention.

Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale menée en 2010 auprès de tous les employés d'une entreprise privée. Le recueil de données a été fait par un questionnaire administré par entrevue.

Résultats : Le taux de participation était de 90,4%. La totalité des fumeurs étaient des hommes, d'où une prévalence du tabagisme actif chez les hommes de 57,9%. Les fumeurs avaient un âge moyen de $33,2 \pm 8$ ans, significativement moins élevé que celui des non fumeurs. La comparaison entre fumeurs et non fumeurs en fonction de la catégorie professionnelle a montré une différence statistiquement significative. Parmi les fumeurs, 43,6% étaient au stade de contemplation et 46,3% au stade de préparation à l'arrêt du tabac.

Conclusion : Une intervention de prévention et de lutte contre le tabagisme en milieu professionnel devrait être instaurée pour la promotion de la santé des employés.

Mots-clés

Tabagisme - Prévalence - Hommes - Médecine du travail - Prévention

SUMMARY

Background: Smoking is a public health problem because of its high prevalence and its serious consequences at all levels.

Aim : The aim of this study was to determine the prevalence of smoking among workers in a private company and describe the characteristics of smokers to guide prevention efforts.

Methods : It is a cross-sectional study conducted in 2010 among all employees of a private company. Data collection was done by a questionnaire administered by interview.

Results : The participation rate was 90.4%. All smokers were men, with a prevalence of active smoking among men of 57.9%. The mean age of smokers was 33.2 ± 8 years, significantly lower than non-smokers. The comparison between smokers and non-smokers according to occupational category showed a statistically significant difference. Among smokers, 43.6% were in the contemplation stage and 46.3% at the stage of preparation for smoking cessation.

Conclusion : An intervention for prevention and fight against smoking in the workplace should be established for the promotion of employee health.

Key-words

Smoking - Prevalence - Men - Occupational Medicine - Prevention

Parmi les défis actuels auxquels se trouve confrontée la communauté internationale, le tabagisme occupe une place importante en raison de la mortalité et de la morbidité qui lui sont associées et en raison de son impact économique. Il est responsable d'environ cinq millions de morts par an, pour la plupart dans les populations les plus démunies. D'ici 2030 et si les tendances actuelles se maintiennent, ce chiffre s'élèverait à plus de 8 millions de personnes (1). En milieu du travail, les entreprises paient un lourd tribut au tabac du fait des incendies, de l'absentéisme, des arrêts de travail qui diminuent la productivité et du risque accru de maladies professionnelles où le tabac joue un rôle important dans leur occurrence (2). De plus, selon l'Organisation Internationale du travail (OIT), près de 200.000 travailleurs décèdent chaque année à cause de leur exposition au tabagisme passif sur les lieux du travail (3).

En Tunisie, la prévalence du tabagisme est de l'ordre de 50% chez l'homme et en croissance régulière chez la femme symbolisant liberté et émancipation, avec un âge d'initiation de l'habitude tabagique de plus en plus jeune (4-6). Consciente de la menace que peut présenter ce fléau sur le développement socio-économique national et la santé des populations, la Tunisie, à l'égard d'autres pays, s'est engagée dans un processus de lutte anti tabagique, par l'adoption de stratégies validées au niveau mondial, notamment la convention cadre de lutte anti-tabac (CCLAT) ratifiée en 2003. Dans ce cadre, des mesures législatives, médiatiques et sanitaires ont été mises en place dont l'un de leurs objectifs était de protéger les personnes contre l'exposition au tabagisme passif dans tous les lieux publiques, y compris les lieux du travail (7).

L'instauration d'un système de surveillance est aussi un des éléments importants de lutte anti-tabac recommandé dans la CCLAT (7). C'est dans ce cadre qu'on a réalisé ce travail dans une entreprise de pâte alimentaire dans la région de Sousse qui consiste à décrire la prévalence du tabagisme actif et passif ainsi que les caractéristiques des fumeurs afin d'orienter les actions de lutte anti-tabac au sein de l'entreprise.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude descriptive transversale menée en 2010 auprès des employés d'une entreprise de pâtes alimentaires, située dans la ville de Sousse, pour évaluer la prévalence du tabagisme actif et passif. Un questionnaire, conçu par l'Oxford Health Alliance Community Intervention for Health (OXHA's), a été traduit en arabe, prétesté et administré par entrevue auprès des salariés de l'entreprise par des enquêteurs préalablement formés. Le recueil des données a débuté en octobre 2009 et a été achevé en Février 2010. Le questionnaire nous a permis de recueillir des variables relatives aux caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'étude, état civil et profession), à l'histoire du tabagisme actif (type de tabac, âge du début, ...) aux connaissances des salariés des méfaits du tabagisme, et les principaux lieux d'exposition au tabagisme passif, aux tentatives antérieures de sevrage et enfin leurs attitudes vis à vis de la mise en œuvre d'un programme d'intervention de lutte anti-tabac en milieu professionnel. Les fumeurs étaient les travailleurs ayant répondu «oui» à la question: « Fumez-vous actuellement des produits de tabac telles que les cigarettes, cigares ou narguilé ? ». Les participants qui ont répondu ne pas avoir l'intention d'arrêter, avoir

l'intention d'arrêter dans les six mois et avoir l'intention d'arrêter dans 30 jours correspondent respectivement aux trois premiers stades du modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente : la pré contemplation, la contemplation et la préparation (8).

La saisie et l'analyse statistique des données collectées ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS10.0. Les variables quantitatives ont été exprimées sous forme de moyenne et écart type.

Les variables qualitatives ont été exprimées sous forme de fréquences relatives. La comparaison de pourcentages a été effectuée à l'aide du test Chi 2 et celle des moyennes à l'aide du test t de Student. Le seuil de signification a été fixé à 5%.

Un accord préalable à la réalisation de cette étude a été octroyé du Comité d'Éthique du CHU Farhat Hached de Sousse. Un consentement libre et éclairé a été signé par les répondants.

RÉSULTATS

Sur un total de 540 travailleurs de l'entreprise, 488 ont répondu au questionnaire soit un taux de participation de 90,4 %.

L'âge moyen des répondants était de $33,9 \pm 8,4$ ans (allant de 18 à 59 ans) avec une nette prédominance masculine (94,9%).

La répartition selon le niveau d'étude montrait que 31,6% étaient analphabètes ou ayant un niveau de scolarisation primaire. Par ailleurs, 71,5% des salariés répondants étaient des ouvriers, alors que les cadres et les administratifs représentaient 15,4% de la population d'étude. L'ancienneté au travail était variable inférieure à 3 ans chez 40% des employés et dépassant 10 ans chez 21,3% de la population d'étude (Tableau 1).

Tableau 1: Caractéristiques de la population des employés de l'entreprise de pâte alimentaire à Sousse en 2010

Variables	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Sexe		
Masculin	463	94,9
Féminin	25	5,1
Niveau scolaire		
Non scolarisé ou niveau primaire	154	31,6
Niveau secondaire	228	46,7
Niveau supérieur	106	21,7
État civil		
Célibataire	221	45,3
Marié	261	53,5
Divorcé	6	1,2
Type de profession		
Ouvrier	351	71,9
Technicien	64	13,1
Administratif	17	3,5
Cadre	56	11,5
Ancienneté au travail		
Moins de 3 ans	195	40,0
Entre 3 et 10 ans	189	38,7
Plus que 10 ans	104	21,3
Horaire du travail		
Travail posté	221	45,3
Double séance	267	54,7

Le tabagisme actif a été rapporté par 55% des salariés participants à l'étude. Ces fumeurs étaient exclusivement de sexe masculin, ainsi la prévalence du tabagisme actif chez les hommes était de 57,9%. Par ailleurs, 31% des non fumeurs actuels ont déclaré être des ex-fumeurs.

La cigarette était le type de tabac le plus fréquemment consommé (86,5%) avec une moyenne de 15,5 ± 8,8 cigarettes par jour suivi par la pipe à eau « Chicha » (8,2%) et le tabac à priser « Neffa » (3,7%). Les fumeurs avaient un âge moyen de 33,2 ± 8 ans, significativement moins élevé que celui des non fumeurs dont l'âge moyen était de 35 ± 8,9 ans (p=0,026).

Près de la moitié des fumeurs (47,4%) avaient un niveau d'étude secondaire alors que 34,7% étaient non scolarisés ou avaient un niveau primaire. Il n'y avait pas de différence significative avec le niveau d'étude des non fumeurs.

Un peu plus de trois quart des fumeurs (76,1%) étaient des ouvriers et 14,2% étaient des techniciens. La comparaison entre fumeurs et non fumeurs en fonction de la catégorie professionnelle a montré une différence statistiquement significative. Cependant, aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée en fonction du niveau scolaire ni en fonction de l'état civil (Tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des caractéristiques sociodémographiques des fumeurs et des non fumeurs dans l'entreprise de pâte alimentaire à Sousse en 2010

Variabiles	Non fumeurs n (%)	Fumeurs n (%)	Valeur de p
Niveau scolaire			
Niveau supérieur	61 (27,7)	93 (34,7)	0,052
Primaire ou non scolarisé	101 (45,9)	127 (47,4)	
Niveau secondaire	58 (26,4)	48 (17,9)	
État civil			
Célibataire	98 (44,5)	123 (45,9)	0,760
Non célibataire	122 (55,5)	145 (54,1)	
Type de profession			
Ouvrier	147 (66,8)	204 (76,1)	0,002
Technicien	26 (11,8)	38 (14,2)	
Administratif	13 (5,9)	4 (1,5)	
Cadre	34 (15,5)	22 (8,2)	

En matière de connaissances, l'association du tabagisme actif au risque de survenue du cancer de poumon, de cardiopathies ischémiques et d'accident vasculaire cérébral était reconnue par la majorité des fumeurs et des non fumeurs sans différence significative. Cependant, seuls 28,1% des fumeurs et 31,4% des non fumeurs connaissaient que le tabac était un facteur de risque de cataracte (Figure 1).

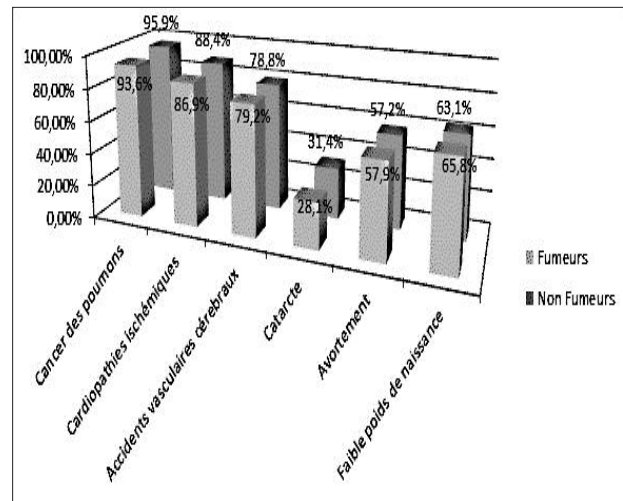
Les trois quarts 76,5% des fumeurs avaient tenté au moins une fois d'arrêter de fumer pendant une durée dépassant 24 heures durant les six derniers mois précédant l'enquête.

Parmi les participants, 43,6% étaient au stade de contemplation et 46,3% au stade de préparation. Cependant 10,1% des fumeurs étaient au stade de pré contemplation.

Sur le total des travailleurs, on a constaté que l'exposition au tabagisme passif a été rencontrée dans plusieurs situations de la vie

quotidienne à des proportions variables. Ainsi, le milieu du travail était la situation la plus exposante, déclaré par 65,2% des participants. À propos du tabagisme passif, la plupart des répondants en connaissaient les méfaits, notamment le risque d'affections respiratoires chez les enfants (89,4%), celui du cancer de poumon (78,4%), de cardiopathies ischémiques (68,1%) et de mort subite du nourrisson (52,6%).

Figure 1 : Connaissances des méfaits du tabagisme actif chez les fumeurs et les non fumeurs employés dans une entreprise de pâte alimentaire à Sousse en 2010



Parmi les participants, 66,4% étaient totalement d'accord pour la mise en place d'un programme de lutte anti-tabac au sein de l'entreprise et 69,2% déclaraient que leur établissement ne les encourageait pas au sevrage du tabac.

DISCUSSION

L'unanimité universelle sur les méfaits du tabagisme, traduite sous la forme de la nécessité de la lutte anti-tabac est une preuve de la prise de conscience de l'humanité sur la gravité du fléau tabagique et de ses désastreuses répercussions sur la santé de l'homme, la société et l'économie, et par conséquent sur le développement et voire même la subsistance de l'humanité (1). Dans ce cadre, des efforts déployés au niveau international à l'initiative de l'OMS ont permis, la mise en place d'un cadre stratégique de lutte contre ce fléau, notamment la convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac, qui compte 168 signataires et plus de 150 Parties. Depuis, la lutte anti-tabac fait partie des priorités des programmes de santé dans plusieurs pays dont la Tunisie (7).

Ainsi, ce présent travail, a permis de dresser un état des lieux relatif au comportement tabagique des employés d'une entreprise. L'accord manifesté de la part des employeurs de l'entreprise pour la mise en œuvre de ce programme ainsi que la forte adhésion des employés (taux de participation de 90,4%) témoignent de la prise de conscience du problème que représente le tabagisme pour les employés. Tous les fumeurs de notre population d'étude étaient des hommes.

Cela peut être dû à un biais de désirabilité sociale en rapport avec le contexte socio-culturel de notre pays. Une sous déclaration du statut tabagique reste probable chez la femme dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (9). Cependant, les femmes dans cette entreprise représentaient une faible proportion. Les résultats de cette étude révèlent que 57,9% des hommes travailleurs étaient des fumeurs actifs. Cette prévalence est supérieure à celle estimée chez les hommes adultes de la population générale selon Fakhfakh et al en 1996 (47,8%) (5). Ceci pourrait être expliqué par le jeune âge des participants ou par le stress ressenti chez une population de travailleurs qui peut les amener à fumer (10, 11). En Tunisie, les études ayant porté sur le tabagisme en milieu professionnel ont concerné essentiellement chez les enseignants (12, 13) et les professionnels de la santé (14-16). C'est ainsi que la prévalence du tabagisme chez les enseignants était de 17,8 % dans l'étude de Harrabi et al (12). Cette prévalence était de 29,3 % chez les enseignants d'une commune de Sousse (13).

Chez les professionnels de la santé, la prévalence du tabagisme actif était de 19% au CHU Farhat Hached de Sousse (14), de 26,9% à l'hôpital Charles Nicolle (15) et de 55,6% chez les professionnels de la santé à l'hôpital A Mami de l'Ariana (16).

Dans le monde, la proportion des hommes fumeurs était de 33,9 % chez les travailleurs au Canada (17), de 38,7% chez les employés des deux secteurs public et privé de Nouakchott (18), de 52,6% chez les travailleurs de la Radiodiffusion Télévision Sénégalaise (19).

En France, la proportion des fumeurs quotidiens, parmi la population masculine active ou anciennement active a été estimée à 29% (2).

Ainsi, l'usage du tabac reste très fréquent sur les lieux du travail, exposant les sujets non-fumeurs au tabagisme passif (65,2%). Des proportions d'exposition semblables ont été indiquées dans les milieux du travail (18, 19). L'absence d'un programme structuré de lutte anti-tabac au sein de l'entreprise conjuguée à une réglementation anti-tabac relative à l'interdiction de fumer dans les lieux publics, existante en Tunisie depuis l'année 1998 (20), mais peu appliquée, semble être un des déterminants majeurs de cette situation.

Dans notre étude portant sur une industrie alimentaire, la prévalence se rapproche des données françaises, avoisinant 40% dans le secteur de l'industrie alimentaire (2).

Le type de tabac le plus fréquemment consommé était la cigarette avec en moyenne $15,5 \pm 8,8$ cigarettes par jour. D'autres études menées au Maghreb confirment cette tendance. Ainsi, en Tunisie la quantité moyenne de cigarettes consommées par jour est d'environ 18 cigarettes (5). Au Maroc, elle était de 16 cigarettes par jour (21).

Dans la présente étude, le niveau de consommation de tabac chez les travailleurs a été inversement proportionnel au niveau d'instruction et à la catégorie professionnelle. Ce constat était confirmé par d'autres études sur le tabagisme (5, 21). C'est ainsi qu'en France, chez les hommes, la prévalence du tabagisme chez les ouvriers a été estimée à 37% et à 19% pour les cadres et les professions intellectuelles supérieures (2).

Dans la plupart des pays à revenu faible, la prévalence du tabagisme entre les différents groupes socio-économiques varie sensiblement. Ainsi, les individus dont le niveau socio-économique et le niveau d'instruction sont faibles fument davantage que les individus instruits dont le niveau socio-économique est élevé (22).

Parallèlement à cette situation, il ressort que 10,1% des fumeurs

étaient au stade de pré-contemplation, 43,6% étaient au stade de contemplation et 46,3% au stade de préparation, selon le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente. Dans ce modèle, les auteurs soutiennent que le changement de comportement s'effectue de façon chronologique sur différents stades ordonnés à savoir: la pré contemplation (pre contemplation), la contemplation (contemplation), la préparation (preparation), l'action (action), le maintien (maintenance) et la terminaison ou résolution (termination) (8). Ainsi, les différentes interventions pour le sevrage tabagique doivent être appropriées à chaque stade. Ainsi, le stade de pré-contemplation correspond à celui où les sujets n'ont pas l'intention de modifier leur comportement à risque élevé dans un avenir proche. Il convient alors d'apporter l'information nécessaire sur le tabagisme et ses conséquences sur leur santé (23, 24). Au stade de contemplation, il y a une reconnaissance de l'existence mais l'idée du changement est repoussée. L'éducateur comme le médecin de travail peut aider les travailleurs en contemplation à l'arrêt du tabac à travers les entretiens motivationnels (24). Les sujets au stade de préparation, ont un plan d'action et ont déjà pris quelques initiatives pour modifier leur comportement. A ce stade, l'encouragement et la motivation sont essentiels pour amener consécutivement ces personnes aux stades d'action et de maintien (23, 24). La réussite finale du processus dans lequel la personne consolide le stade de maintien à travers une démarche de prévention des rechutes (relapse) correspond à la terminaison. L'application de ce modèle permet d'individualiser l'intervention en l'adaptant au degré de motivation à arrêter de fumer de chaque patient. Ainsi une prescription pharmacologique est inutile si le patient est au stade d'indétermination car la probabilité de réussite est faible, et le fumeur risque d'être découragé de faire une nouvelle tentative pour le sevrage (24).

En Suisse (25), 74% des fumeurs étaient au stade de pré-contemplation, 22% étaient au stade de contemplation et 4% étaient au stade de préparation à l'arrêt. Aux USA (26), 59.1% des fumeurs étaient au stade de pré contemplation, 33.2% étaient au stade de contemplation et 7.7 étaient au stade de préparation à l'arrêt.

D'un autre côté, 66,4% des travailleurs étaient favorables à l'avènement de directives anti-tabac au sein de l'entreprise. Ainsi, au vu de ces résultats et dans l'initiative de réduire la prévalence tabagique active et passive chez les travailleurs de l'entreprise, des actions de lutte anti tabagique sont fortement recommandées. En effet, les données de la littérature ont pu mettre en évidence l'impact des actions d'interventions sur le tabagisme en milieu professionnel en matière de réduction de la consommation tabagique voire le sevrage tabagique du travailleur fumeur (27-29). Fagan et al rajoutent que l'impact positif de tels programmes d'intervention anti-tabac pourrait se traduire par la « non augmentation » de la prévalence du tabagisme chez les employés du fait de l'absence de changement du comportement des non fumeurs qui resteront abstinents à la consommation tabagique (30).

Il est nécessaire d'identifier un espace pour l'installation d'au moins un fumoir afin de prévenir l'exposition au tabagisme passif. En effet, de nombreux pays, tel que le Canada, la France, et la Belgique, disposent d'une loi, spécifique au milieu du travail, visant à protéger les non fumeurs de la fumée du tabac et ceci en n'autorisant les salariés à fumer que dans les fumoirs qui devraient être aménagés à l'extérieur (31, 32). De plus, la rédaction d'une note interne au sein de

l'établissement interdisant de fumer dans les lieux couverts de l'entreprise et plus particulièrement dans les bureaux paraît indispensable pour réduire l'exposition au tabagisme passif. Ce type d'action a démontré son impact en matière de changement du comportement tabagique du travailleur fumeur et par conséquent la réduction de l'exposition au tabagisme passif telle que observé aux États Unis, en Californie (33).

Des consultations d'aide au sevrage tabagique sont à préconiser au sein de l'établissement où le médecin du travail, qui est attaché à sa mission préventive consistant à éviter toute altération de la santé des salariés, joue un rôle primordial. Au cours de ces consultations, une évaluation initiale du candidat au sevrage tabagique est primordiale afin que l'intervention s'adapte aux besoins réels de chaque fumeur. Selon deux méta-analyses faites par Moher et al en 2005 et en 2008, comparant l'effet de différentes actions d'intervention effectuées (séances de sensibilisation en groupes, séances d'entretiens motivationnels, distribution de substitutifs nicotiniques), les chances d'arrêt du tabac étaient beaucoup plus importantes avec les séances de sensibilisation et les entretiens motivationnels (28, 34).

Il faut pérenniser ces actions de lutte anti-tabac pour garantir leur effet

à long terme. Ainsi, l'implémentation d'actions durables et le renforcement des capacités au sein de l'entreprise comme la formation du personnel de santé dans celle-ci pourraient aider à la longévité de ces actions même après la fin du programme d'intervention (35).

Toutes ces actions sont actuellement en cours d'évaluation.

CONCLUSION

Le tabagisme est nocif pour le fumeur lui-même mais également pour son entourage proche familial et professionnel.

En Tunisie, bien qu'on dispose depuis plus d'une dizaine d'années d'une législation relative à l'interdiction de fumer dans les lieux publics, celle-ci est peu appliquée en milieu du travail.

Il est donc urgent d'instaurer un programme de lutte et de prévention du tabagisme en milieu professionnel.

Remerciements

Cette étude fait partie d'un projet financé par National Heart Lung Blood Institut (NHLBI).

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2011. Mise en garde au sujet des dangers du tabac. http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_NMH_TFI_11.3_fre.pdf
2. Institut de veille sanitaire. Consommation de tabac par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité. http://www.invs.sante.fr/publications/2010/conso_tabac/rapport_conso_tabac.pdf.
3. Takala J. Introductory report: Decent work - Safe work. XVI World Congress on Safety, Vienna, Austria. Geneva: International Labour Organization (ILO); 2002. http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/wdcongrs/ilo_rep
4. Ben Romdhane H. Les cardiopathies ischémiques, l'épidémie et ses déterminants. Volume I. Les facteurs de risque : Résultats d'une étude épidémiologique auprès de 5771 adultes tunisiens. Institut National de Santé Publique. Tunis. 2001.
5. Fakhfakh R, Hsairi M, Maalej M, Achour N, Nacef T. Tobacco use in Tunisia: behavior and awareness. *Bull World Health Organ* 2002;80:350-6.
6. Harrabi I, Chahed H, Maatoug J, Gaha J, Essoussi S, Ghannem H. Predictors of smoking initiation among school children in Tunisia: a 4 years cohort study. *African Health Sciences* 2009;9:147-52.
7. Organisation Mondiale de la Santé. Convention Cadre pour la lutte anti-tabac de l'OMS. Geneva, World Health Organization 2003. http://cdrwww.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_french.pdf
8. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother Theory Res Pract* 1982;19:276-88.
9. Fakhfakh R, Klouz A, Lakhal M, Belkahia C, Achour N. Validity of self-reported smoking among women hospital staff in Tunisia. *Tob Control*. 2011; 20: 86.
10. Chouanière D, Cohidon C, EdeyGamassou C, Kittel F, Lafferrerie A, Langevin V, Moisan MP, Niedhammer I, Weibel L. Expositions psychosociales et santé : état des connaissances épidémiologiques. Documents pour le Médecin du Travail 2011;127:509-17.
11. Boeuf-Cazou O, Lapeyre-Mestre M, Niezborala M, Montastruc JL. Profil de consommation de substances psychoactives dans le milieu du travail : résultats de l'enquête « Mode de Vie et Travail ». *Thérapie* 2011;66:155-65.
12. Harrabi I, Maatoug JM, Belkacem M, Gaha R, Lazreg F, Boussaadia A, Ghannem H. Les facteurs déterminants le comportement tabagique chez les enseignants de la ville de Sousse, Tunisie. *Ann cardiol angeiol* 2011;60:92-6.
13. Ben Abdelaziz A, Amira Z, Gaha K, Thabet H, Ghedira A, Gaha R, Ghannem H. Le tabagisme des enseignants dans une commune du Sahel tunisien. *Rev Mal Respir* 2006;23:319-23.
14. Salah SM, Rhif H, Elguesmi O, Abderrahmen AB, Hayouni A, Mrizak N, Benzarti M. Connaissances, attitudes et comportements du personnel hospitalier vis-à-vis du tabagisme et de la réglementation anti-tabac : résultats d'une enquête réalisée au CHU F.-Hached de Sousse (Tunisie). *Rev Pneumol Clin*. 2011; 67:347-53.
15. Fakhfakh R, Khanchal F, Klouz A, Salah FB, Lakhal M, Belkahia C, Achour N. Determinants of tobacco use habits among hospital staff in Tunisia, 2005. *Prev Med*. 2011;52:478-9.
16. Ammar J, Abid Ouali H, Berraies A, Hamzaoui A. Prévalence du tabagisme à l'hôpital A Mami de l'Ariana : Étude prospective à propos de 700 professionnels de la santé. *Tunis Med* 2013;91:705-8.
17. Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés, 2012. Les inégalités sociales de santé en matière de tabagisme et d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement au Québec. <http://www.inspq.qc.ca>
18. Sidatt M. Étude de la prévalence du tabagisme en milieu professionnel de Nouakchott - Entreprises privées et publiques enregistrées à l'ONMT. http://www.univ-nkc.mr/IMG/pdf_MOHAMED_SIDATT-Etude_de_la_prevalence_du_tabagisme_en_milieu_professionnel_de_Nouakchott.pdf
19. Ndiaye, Soumah MM, Sow ML. Tabagisme en milieu de travail audiovisuel : l'exemple de la Radiodiffusion Télévision Sénégalaise (RTS). <http://www.camip.info/Resultats,1636.html>
20. Loi n°98-17 du 23 Février 1998 relative à la prévention des méfaits du tabagisme. *Journal officiel de la République Tunisienne*, 1998, 17 Février : 399-400
21. Chaouki N, Cherqaoui S, El Moujarrada A, Tazi MA. L'Enquête nationale sur le tabagisme chez les médecins du secteur public au Maroc 2004. <http://www.sante.gov.ma/departements/delm/Bulletin/be%2057585960.pdf>
22. Organisation Mondiale de la Santé. MPOWER: un programme de Politique pour inverser le cours de l'épidémie du tabac. Geneva, World Health Organization 2008. http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_french.pdf.
23. Haute Autorité de Santé. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage

- tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière. <http://www.treatobacco.net/fr/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/France%20treatment%20guidelines%20in%20French%202007.pdf>
24. Cornuz J, Humair JP, Zellweger JP. Désaccoutumance au tabac. 1re partie: Processus de désaccoutumance et bénéfices de l'arrêt. *Schweiz Med Forum* 2004;4:334-39.
 25. Etter JF, Perneger TV, Ronchi A. Distributions of smokers by stage: international comparison and association with smoking Prevalence. *Prev Med.* 1997; 26:580-5.
 26. Wewers ME, Stillman FA, Hartman AM, Shopland DR. Distribution of daily smokers by stage of change: Current Population Survey results. *Prev Med.* 2003;36 :710-20.
 27. Smedslund G, Fisher KJ, Boles SM, Lichtenstein E. The effectiveness of workplace smoking cessation programmes: a meta-analysis of recent studies. *Tob Control* 2004;13:197-204.
 28. Moher M, Hey K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2003 ;2:CD003440.
 29. Dawley HH Jr, Dawley LT, Correa P, Fleischer B. A comprehensive worksite smoking control, discouragement, and cessation program. *Int J Addict* 1991;26:685-96.
 30. Fagan P, Stoddard AM, Hunt MK, Frazier L, Girod K, Sorensen G. The feasibility of evaluating a tobacco control intervention for workingyouth. *Tob Control* 2003;12 (Suppl 4):S34-9.
 31. Alwyn Child P. Interprétation de « lieu de travail » dans la Loi sur la santé des non fumeurs, Travail. www.travail.gc.ca.
 32. Gignon M, Manaouil C, Jardé O, Dubois G. Le tabagisme passif en France : que dit la science, la loi, le juge ? *Rev Mal Respir* 2007;24:133-43
 33. Moskowitz JM, Zihua L, Esther SH. The impact of Workplace smoking ordinances in California on smoking cessation. *Am J Public Health* 2000;90:757-61.
 34. Cahill K, Moher M, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;8:CD003440.
 35. Organisation Mondiale de la Santé. Guide pour la mise en place de l'action antitabac. Geneva, World Health Organization 2 0 0 6 . http://www.who.int/tobacco/resources/publications/FR_handbook_lowres_with_cover_links.pdf