

Tabagisme et formation



**F. KHALLOUFI; H.H.CHERKASKI;
F.ATOUI; R. BENALI
ANNABA**



Tabagisme : Peste bleue des temps modernes.

- **Tabagisme est un comportement social**
- **Nous assistons à la médicalisation d'un fléau sociétal.**
- **Actuellement, certains considèrent le tabagisme comme une maladie.**
- **L'approche est irrationnelle.**
- **L'imaginaire a pris le pas sur le visible.**

- **Tabagisme : comportement social**

- **Tabagisme  addiction**

Caractéristique : rapprochée les prises et augmentée les doses.

 **Dépendance pharmacologique**

 **Dépendance physique**

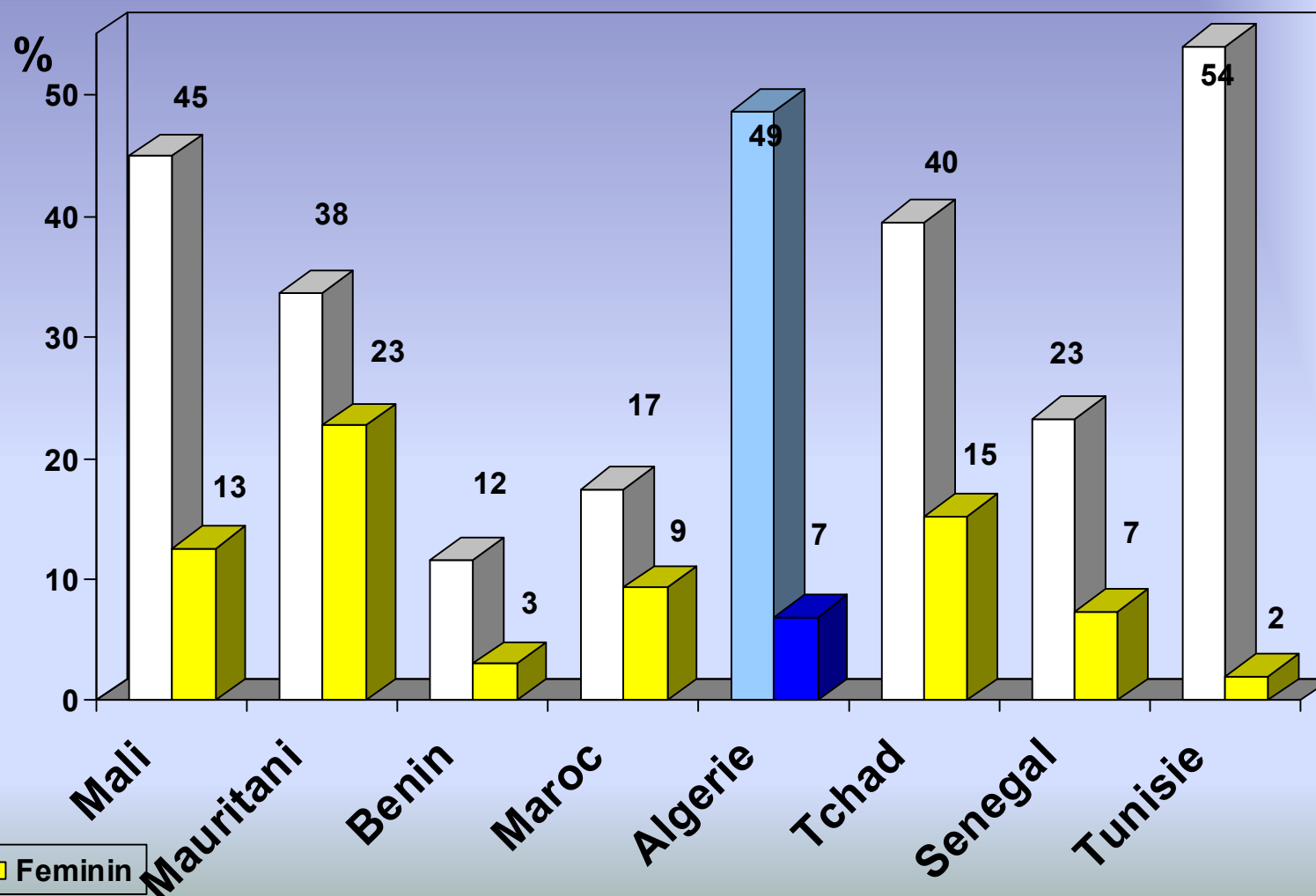
Dépendance: perte de liberté de s'abstenir de la consommation d'une substance

Problématique 1

- **Les problèmes médico-psycho-sociaux liés à l'usage problématique de substances, légales et illégales, sont en constante augmentation, et les nouvelles générations semblent particulièrement menacées.**

Prévalence tabac selon sexe.

Enquête mondiale Tabac
jeune GYTS Enquêtes
OTAF 2005



Pr HAMDY CHERIF

Facteur Tabac

Répartition selon le Sexe

	Homme	Femme	Total
TABAC A FUMER			
Fumeur actuel (%)	26.40	0.43	11.22
Fumeur quotidien (%)	93.90	100.00	93.99
Age moyen début de consommation (ans)	19.47	17.19	19.43
Nombre moyen de cigarettes fumées/j	15.03	9.92	14.94
Fumeurs anciens quotidiens (%)	39.71	0.12	15.18
Age moyen de sevrage (ans)	35.89	36.38	35.89
TABAC NON FUME			
Consommation tabac non fumé (%)	21.36	1.18	9.61
Consommation quotidienne tabac non fumé (%)	90.62	66.55	88.31

Problématique 2

- **Le corps médical a parfois une attitude négative et pessimiste vis-à-vis de l'addiction.**
- **Les médecins expriment souvent un sentiment d'incompétence envers ces problèmes et n'aiment pas s'en occuper.**
- **Pourtant ces dernières années ont connu un développement important des connaissances médicales dans ce domaine.**

Fait 1

- **Les progrès de la neurobiologie offrent une compréhension plus fine des mécanismes de l'addiction et ouvrent la voie à de nouvelles stratégies pharmaco thérapeutiques.**
- **Dans le domaine relationnel et psychologique, de nouvelles techniques d'entretien se sont développées, par exemple les interventions brèves et les techniques d'approche motivationnelle.**

Fait 2

- **Efficacité du conseil minimal prouvée par des études et méta analyses**
- **taux d'abstinence à un an**
 - 6% pour un bref conseil
 - 10-11% pour un conseil bref avec un substitut nicotinique,
 - 14% pour un conseil intensif.
- **Si l'efficacité de l'intervention médicale auprès des fumeurs peut être considérée comme faible au niveau individuel, elle a un impact potentiel important à l'échelle de la population.**

Illustration

- **En suisse:**
- **Parmi les 1 400 000 fumeurs** visitant un médecin chaque année,
 - Environ 69 000 arrêteraient spontanément.
 - Plus de 100 000 grâce un conseil médical minimal,
 - 150 000 suite à des conseils plus intensifs ou un traitement pharmacologique.
- **Le conseil médical et les traitements pharmacologiques** pour la désaccoutumance au tabac sont également d'un très bon rapport coût/efficacité comparativement à d'autres interventions médicales.
- **Malgré cette efficacité, d'après des données étrangères, les médecins ne conseillent que rarement.**

- **Jamais la connaissance d'un risque ne suffit à modifier un comportement.**

- With the current training many graduates will be unable to provide smoking cessation
- The undergraduate and post-graduate training of smoking related issues needs to be addressed urgently


Allen, Thorax 1999, 54(2)

Fait 3

Les barrières à un changement d'attitude des médecins envers les problèmes d'addiction :

- **Le manque de formation pendant et après les études de médecine est une des barrières.**
- **La non acceptation d'un modèle médical des addictions par la Faculté et les médecins, et le manque d'attitudes positives et de possibilités d'identifications valorisantes parmi les cadres facultaires et médicaux. (Miller)**

Miller NS, Sheppard LM, Colenda CC, Magen J. Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol – and drug-related disorders. Acad Med 2001 ; 76 : 410-8.



A world map with a grid overlay, colored in various shades of yellow, green, and purple. Four callout boxes are overlaid on the map, each pointing to a specific region and containing text about tobacco education. The callouts are: 1. A yellow callout pointing to the United States. 2. A yellow callout pointing to Egypt. 3. A yellow callout pointing to Turkey. 4. A yellow callout pointing to South Africa.

Aux Etats-Unis, le curriculum médical pré gradué dédie en moyenne douze heures en quatre ans pour l'enseignement de l'addiction en général. la situation pour la formation post graduée n'est pas meilleure

•En Egypte ,l'éducation en matière de tabacologie n'a pas été suffisamment implantée au niveau des écoles médicales.

En Turquie,seulement 4 parmi les 37 écoles de médecine disposent dans leur formation d'un module de Tabacologie.

En Afrique du sud,une école de santé publique s'est associée au centre épidémiologique de recherche afin de dispenser l'enseignement nécessaire en matière de Tabacologie

Interventions plurielles

- **Université**
 - **Domaine santé**
 - **Domaine économie**
 - **Domaine sciences humaines**
 - **Psychologie**
 - **Sociologie**
 - **Communication**
 - **Domaine environnement**

Domaine santé

**Sur un plan santé publique
L'impact du tabagisme
est cardio-vasculaire**

**Sur un plan
représentation sociale
L'impact du
tabagisme est
respiratoire**



Fait 3

- **L'enseignement en médecine de l'addiction en général et du tabagisme en particulier doit être développé dès le début des études de médecine et s'intégrer aux rotations cliniques tout au long du curriculum, voire au-delà dans la formation post graduée et continue.**

Implantation d'une unité d'enseignement sur le tabac

- **Prévalence : oui 49%**
- **Urgence : oui**
- **Intervention : oui**
- **Gravité : oui**
- **Exemplarité pédagogique : oui**
- **Repercussions socio-économiques : oui**
 - **Cette unité peut être implantée dans le cursus médical**

Implantation d'une unité d'enseignement sur le tabac (2)

- **Quels principes pédagogiques?**
- **Quel niveau?**
- **Quel module?**
- **Quel pré requis?**
- **Quel contenu ?**

Principes pédagogiques

- L'enseignement doit aborder les aspects de dépistage, de soins et d'attitude personnelle envers l'usage de substances et couvrir trois domaines : *acquisition de connaissances* (aspects neurobiologiques, instruments de dépistage, conséquences de l'usage problématique de substances, traitements), *acquisition de compétences pratiques* (techniques d'entretien, approche motivationnelle) et *changement d'attitude* (approche empathique, dépourvue de jugement sur la personne).

Principes pédagogiques

- 1) Il faut sortir la médecine de l'addiction de la marginalisation ;
- 2) l'abus de substance et les dépendances sont avant tout du ressort de la médecine de premier recours et
- 3) la formation seule ne suffit pas, le médecin de premier recours a besoin de s'appuyer sur un réseau spécialisé

Objectifs

- **Faciliter l'appropriation par les médecins généralistes du sevrage tabagique.**
- **Modifier le comportement des médecins généralistes dans la prise en charge tabagique.**
- **Inscription automatique du tabac dans les signes vitaux.**
- **Optimiser l'utilisation des substituts nicotiques.**

Contenu du module

- **Connaître le tabac, ses effets, la dépendance...**
- **Inscrire le statut tabagique dans les signes vitaux à côté de la pression artérielle et du poids, quelle que soit la maladie.**
- **Savoir classer tous les fumeurs dans un des stades de préparation à l'arrêt :**
- **Sensibiliser brièvement les fumeurs,**
- **Proposer de l'aide aux hésitants pour prendre leur décision le moment venu,**
- **Proposer une aide à l'arrêt,**
- **Proposer une aide au suivi après arrêt.**
- **Appliquer les stratégies de sevrage, en particulier la substitution nicotinique;**

Techniques d'enseignement

- **Il faut combiner des études de cas, des discussions en petit groupe, des séminaires, des jeux de rôle et un contact direct et supervisé avec des patients.**

Quel type de professionnel de santé?

- Dans une stratégie de prévention la définition de la population cible est capitale.
- Par leur contact privilégié avec la population 80%
- Les médecins généralistes, de premier recours, ont un rôle à jouer pour promouvoir l'arrêt du tabac de leurs patients fumeurs.
- Ils peuvent conseiller de façon individualisée et répétée dans le cadre d'une relation thérapeutique.

Critères de sélection des formateurs

- Les enseignants ayant une activité clinique avec des patients fumeurs (médecine générale, cardiologie, pneumologie ...)
- Les enseignants des disciplines : pharmacie, psychologie.
- Manifester un intérêt pour la tabacologie et l'enseignement.
- Être reconnu par ses pairs et faire partie d'un réseau.

Quel niveau?

- **Au niveau de l'université: lors de la première année dans le cadre de l'enseignement transversal dans différents domaines.**
- **Dans le cursus médical gradué et post gradué sous forme de diplôme complémentaire de spécialité.**

QUEL MODULE?

- **Pré clinique** : neurophysiologie « les récepteurs cérébraux »
- **Pneumologie** : composition de la fumée, les aspects particuliers, effets nocifs et le volet thérapeutique.
- **Cardiologie** : effets de la nicotine sur les vaisseaux, du CO.
- **Psychiatrie** : addiction, accoutumance...
- **Epidémiologie** : enquête sur le terrain

Conclusion 1

- **Sans vouloir «médicaliser» les fléaux sociaux**
- **Il faut veiller à ce que la médecine ne prenne pas de retard par rapport à d'autres disciplines et ne laisse pas la responsabilité de ces prises en charge entièrement à d'autres groupes professionnels.**
- **Une collaboration interdisciplinaire productive et harmonieuse nécessite que chacun des partenaires impliqués ait une identité professionnelle claire et reconnue.**

Conclusion 2

- **L'intégration de l'activité prise en charge du tabagique dans la pratique du médecin généraliste évitera une super spécialisation et une réservation à une catégorie de praticiens l'exclusivité d'un domaine particulier de prestations, ce qui irait dans le sens d'une fragmentation peu souhaitable des soins.**
- **Le travail en réseau renforcera la capacité et l'implication des médecins de premier recours dans le dépistage et le traitement des problèmes d'abus de substances et d'addiction.**

