



Ministère de la Santé et des Solidarités

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
Sous-direction santé et société
Bureau des pratiques addictives

Personne chargée du dossier :
Dominique MARTIN
tél. : 01 40 56 54 68
fax: 01 40 56 40 44
mél. : nadege.larochette@sante.gouv.fr

Le ministre de la santé et des solidarités,

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région,
Directions régionales des affaires sanitaires et
sociales
(pour exécution)

CIRCULAIRE N°DGS/SD6B/2006/449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie.

Date d'application: immédiate
NOR : SANP0630460C (texte non paru au journal officiel)
Classement thématique: protection sanitaire

Résumé : La présente circulaire a pour objet de préciser les modalités de diffusion de la stratégie de formation des médecins généralistes au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) en particulier, s'agissant de 2006, dans les cinq premières régions candidates

IMots-clés : alcool, médecins généralistes, repérage précoce et intervention brève (RPIB), prévention

Textes de référence: : Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

ITextes abrogés ou modifiés : néant

Annexes:

Annexe1 : Référence et bibliographie

Annexe2 : guide méthodologique régional

Annexe3 : guide de suivi et d'évaluation

Annexe4 : liste des régions

Le contexte

Fondés sur des bases probantes, le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) sont reconnus actuellement comme l'une des dix mesures dites « meilleures pratiques » et ayant le meilleur rapport coût-efficacité dans la lutte contre les problèmes de santé publique liés à l'usage d'alcool.

En effet, il a été démontré qu'un simple conseil de quelques minutes peut réduire d'un tiers le nombre de buveurs excessifsii et que cette intervention a le meilleur rapport coût-efficacitéiii en termes de réduction des dommages.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a choisi de promouvoir la méthode et a renouvelé récemment cet engagement lors de la cinquante huitième assemblée mondiale de la santé du 25 mai 2005iv.

En France, le programme de diffusion de la formation des médecins généralistes à cette technique a été développé depuis plusieurs années dans quelques régions avec l'appui de la DGS, de la MILDT et de l'INPES.

Les buveurs excessifs représentent, en France, plus d'un patient sur cinq en médecine de ville si on se réfère aux seuils de consommation à risque retenus par l'OMSV&vi. Pour l'ensemble de la population française, on dénombre près de cinq millions de buveurs à risque⁷.

Le médecin généraliste reste le premier acteur qui peut repérer ces personnes et intervenir de façons précoce et efficace avant que leur situation ne s'aggrave. Cependant, encore aujourd'hui, les médecins français se reconnaissent prioritairement comme des soignants plutôt que comme acteurs de prévention : l'alcool ne devient généralement pour eux une préoccupation qu'à un stade tardif lorsque le mésusage de leur patient a des conséquences sur sa santé.

Pour les soutenir dans cette démarche de dépistage précoce de ces buveurs excessifs et de prévenir l'aggravation de leur situation, les médecins peuvent maintenant s'appuyer sur des outils d'intervention validés.

La mise en œuvre de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (LPSP)viii et du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2006 -2008 porté par la MILDT, sont l'occasion d'inscrire cette formation dans un projet régional de renforcement de la prise en charge des pratiques à risques.

Sur ces éléments, la Direction générale de la santé (DGS) a décidé de mettre en place dès 2005 **une stratégie nationale de diffusion du RPIB sur cinq ans**, objectif déjà inscrit comme un des axes forts de la Stratégie d'action Alcool du ministère de la santé 2002-2004. Son ambition est d'obtenir, à terme, une mobilisation de l'ensemble des soignants, et particulièrement des médecins généralistes, dans l'utilisation en routine du RPIB auprès de leurs patients.

Pour assurer la promotion et le suivi de cette stratégie de diffusion un comité national a été mis en place par la DGS avec ses partenaires : MILDT, DHOS, CNAMTS, Ordre des médecins, INPES, INCa, OFDT, SFMG, SFA, organismes de formation, associations spécialisées (ANPAA, F3A ..), le programme "Boire moins c'est mieux"^{ix} (BMCM) et des représentants des DRASS Aquitaine, Bourgogne, Bretagne, Champagne-Ardenne et Ile-de-France.

1. Les données d'observation nationales

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a réalisé en avril 2005, à la demande du directeur général de la santé, une analyse des premières expériences régionales en cours (Aquitaine, Bourgogne, Bretagne, Champagne-Ardenne et Ile-de-France). Le rapport final, disponible sur le site de l'OFDTx, présente un état des lieux et une analyse approfondie des **stratégies et des facteurs de réussite** d'un tel programme. Par ailleurs, il définit les étapes de sa mise en œuvre en dressant un bilan des points forts de différentes stratégies et des obstacles rencontrés:

Alcool: mobiliser les généralistes

La mobilisation des médecins généralistes sur le dépistage est souvent considérée comme le « maillon faible » de la politique sanitaire sur l'alcool^x et reste encore au stade expérimental dans la plupart des régions.

Bien que se considérant compétents dans ce domaine, les généralistes s'estiment néanmoins comme peu (ou pas) efficaces et non légitimes pour s'immiscer dans un domaine considéré comme privé. Parmi les raisons avancées ressortent le manque de temps, de formation et de valorisation des actes de prévention. Cependant, le Baromètre santé médecins pharmaciens 2003 montre une amélioration avec un pourcentage de médecins déclarant être efficaces qui progresse de 30,1% à 37,5% par rapport à 1998. Quant aux patients, ils accordent généralement une grande confiance à leur médecin sur ce sujet^{xii}.

Les stratégies de diffusion du RPIB et leurs résultats

La revue de la littérature et l'étude des expériences régionales montrent que la meilleure stratégie de diffusion combine le marketing téléphonique invitant à la formation (qui multiplie par 7 le taux de présence) et, à la suite de cette formation, le relais par des rappels téléphoniques ou des visites au cabinet. Les résultats

varient suivant le niveau d'avancement des programmes: en général les praticiens, souvent incrédules au début, sont très satisfaits des formations, adhèrent au programme malgré leur manque de temps souvent évoqué, des résistances et des difficultés à effectuer le repérage en routine de manière systématique. La mise en pratique du RPIB en routine suppose une modification en profondeur de leur attitude vis-à-vis de la problématique alcool.

En ce qui concerne les patients, seule la région Aquitaine a mis en place une évaluation : les résultats montrent que 22% des personnes diagnostiquées « usagers à risque » et 23% de ceux considérés « à usage nocif » lors du premier repérage, sont passés lors des repérages suivants à une consommation « normale » (usage à moindre risque ou non usage) lorsque les médecins les ont revus. Il est intéressant de noter que dans 41 % des cas le mésusage était méconnu du médecin^{xiii}.

Synergie professionnels-institutions: un facteur de réussite

Ces stratégies ont été souvent impulsées par les DRASS (parfois dans le cadre d'un programme régional de santé) et portées par des partenaires locaux comme les URCAM, les réseaux, les URML, l'ANPAA, l'UNAFORMEC et MGFORM... La réalisation d'une véritable synergie entre les priorités institutionnelles et les visées des professionnels porteurs du projet est un des facteurs de réussite du programme par la **mutualisation des énergies, des moyens et des compétences selon les étapes suivantes:**

- sur un socle commun de connaissances et d'outils, les porteurs de projets ont façonné des stratégies personnalisées en fonction de leurs opportunités, de leurs contraintes respectives et des déterminants locaux;
- une fois établi le tissu partenariallocal, l'information des médecins par une campagne de communication sur l'initiative, et la mobilisation (recrutement) des médecins, les programmes de formation se sont en général déroulés en deux phases avec d'abord la formation des formateurs puis extension progressive aux praticiens (dans le cadre ou non de la FMC) ;
- les budgets alloués dans le cadre des PRS et par l'URCAM (dans le cadre du FAQSV) ont été les plus utilisés. Certains programmes sont déjà repris dans le Programme Régional de Santé Publique (PRSP) ;
- dans les exemples régionaux analysés, le maintien de la mobilisation des médecins passe souvent par une rémunération (multiplication par cinq de la pratique de repérage), par le renouvellement de l'échange entre médecins formés, les relances écrites et téléphoniques et la mise en place d'annuaires des structures et services disponibles et/ou un site internet;

Il ressort de ces expériences que la formation seule ne suffit pas à l'adoption du RPIB, d'autant plus que l'alcool est un thème globalement peu mobilisateur pour les médecins qui ne reçoivent pas initialement de formation approfondie en alcoologie ni aux techniques d'entretien. Le choix d'un questionnaire de dépistage adapté à la pratique médicale française (FACE) rend cette adoption plus facile.

Mais au delà de la décision politique de diffusion du RPIB, une médiatisation de cette stratégie auprès du grand public est incontournable pour légitimer l'action des praticiens et les accompagner dans leur démarche.

Intégrer le repérage précoce dans la formation des médecins

Ainsi, il existe à ce jour des bases solides sur la pertinence d'une stratégie d'accompagnement et de promotion du RPIB :

- une reconnaissance de l'importance de la démarche au plan international;
- la mise en évidence des résultats au plan national avec, déjà, la mobilisation d'un grand nombre de partenaires (MILOT, INPES, ANPAA, URCAM, URML, services déconcentrés, organismes de FMC ...). Ces premiers résultats montrent que plus de 20% des patients à risque modifient leurs habitudes de consommation.
- C'est pourquoi la formation au RPIB et aux approches motivationnelles et comportementales doit être intégrée dans la formation initiale des médecins généralistes

II. la stratégie nationale de diffusion de la formation au RPIB

La stratégie de diffusion de la formation au RPIB promue par la DGS se déroulera sur une période de cinq ans jusqu'en 2010. L'objectif est de parvenir à former au moins 75% des médecins généralistes sur cette période. Les sources de financements sont nationales (FAQSV, DNDR, FMC ..) et régionales (partenariats, DRDR, GRSP ...).

Pour 2006, l'ensemble des régions ont été interrogées sur les actions déjà mises en œuvre localement et leur souhait de s'engager dès cette année dans cette diffusion. Une dizaine de régions a répondu et, parmi elles, cinq souhaitent s'engager en 2006. Afin de donner une impulsion de départ à la stratégie de diffusion, ces cinq régions recevront une dotation de 40 000 euros chacune (annexe 4).

Il est proposé à ces régions d'inscrire la formation au RPIB dans leurs priorités locales et d'assurer la mise en œuvre et le suivi de cette action en s'inspirant éventuellement des pistes proposées dans cette circulaire (inscription dans le PRSP, mobilisation des partenaires régionaux, synergies professionnels/institutionnels).

III. les outils mis à la disposition des DRASS

Afin d'assurer la diffusion de cette formation dans le cadre d'une stratégie cohérente plusieurs outils sont mis à la disposition des DRASS.

1/ un guide méthodologique régional (annexe 2) :

Il doit permettre de fonder une stratégie de diffusion cohérente en proposant aux régions un référentiel commun. Ce guide est mis en annexe de la présente circulaire afin d'informer les responsables sur les choix stratégiques permettant de monter les projets de diffusion du RPIB locaux.

Le modèle proposé reprend les conclusions du rapport de l'OFDT et des échanges régionaux : la stratégie de diffusion doit s'appuyer sur une forte légitimation par les services de l'Etat, une médiatisation de grande ampleur et une structuration au niveau local par une large mobilisation des partenaires (institutionnels, réseaux, organismes de formation, financeurs..) et la mise en place d'un comité de pilotage et d'un comité opérationnel.

2 / Suivi et évaluation (annexe 3):

L'OFDTx14 centralise et traite les données remontées au niveau national et se tient à la disposition des régions pour leur apporter un appui méthodologique à la demande.

Deux niveaux d'évaluation sont proposés suivant les possibilités et les souhaits des différentes régions (une description détaillée des modalités est mise en annexe de la présente circulaire). Les guides méthodologiques, préparés par l'OFDT, sont téléchargeables à l'adresse suivante <http://www.ofdt.fr/ofdtddev/live/reserve.html>.

- d'une part, une « veille » permettant de suivre précisément l'évolution du nombre de formations réalisées sur le territoire et le degré d'atteinte des objectifs fixés. Ce dispositif s'appuiera sur le recueil de données simples permettant de suivre: le nombre de formateurs et de médecins formés, le type de formation dispensé et le recours des médecins au RPIB dans leur pratique quotidienne;

- d'autre part, un dispositif dit de « recherche » laissé au choix des régions motivées pour la réalisation d'études plus approfondies au niveau local. Des guides méthodologiques seront fournis. Le premier permettra d'identifier les dispositifs de formation ayant le meilleur rapport coût efficacité. Le second permettra de stimuler la pratique du RPIB d'un groupe de médecins volontaires et d'en produire une photographie grâce à la constitution d'un groupe de médecins sentinelles. Par ailleurs, l'opportunité de conduire une recherche sur "efficacité du RPIB a été discutée. Méthodologiquement, une telle recherche implique de suivre simultanément l'activité RPIB de deux groupes de médecins et de mobiliser un réseau d'enquêteurs capables de procéder au repérage des patients du groupe de médecins non formés. Face à ces contraintes méthodologiques, l'opportunité et la faisabilité de conduire une telle recherche est laissée à l'appréciation des acteurs locaux. Une recherche sur l'efficacité du RPIB dans les contextes français est également proposée.

Pour réaliser le premier volet de ce suivi, l'OFDT propose son aide aux DRASS avec la mise à disposition

d'un guide d'évaluation et d'outils de recueil communs pour les formateurs (questionnaire) et pour les médecins (sondage téléphonique) permettant de centraliser des données homogènes.

Un registre national des formateurs sera établi sous la responsabilité de l'OFDT et régulièrement mis à jour.

31 Formation et Communication nationale:

Afin d'assurer la cohérence dans la formation au repérage précoce et à l'intervention brève, il est souhaitable que les formateurs s'appuient sur des référentiels communs. C'est pourquoi un référentiel pour la formation, s'appuyant sur les données OMS, est en cours de réalisation et vous sera transmis dans les meilleurs délais. Il conviendra, dans chaque région, que le comité opérationnel établisse la liste des formateurs déjà formés et centralise leurs références. L'expérience montre que ce sont les médecins généralistes déjà engagés dans la formation médicale continue qui sont les plus à même d'être des formateurs compétents. La constitution de binôme entre ces généralistes et des spécialistes pour des formations de groupes utilisant des dynamiques interactives se sont avérées les plus efficaces.

Il est prévu de réunir régulièrement les formateurs au niveau national afin de leur permettre de confronter leurs expériences et d'enrichir le référentiel national qui reste un outil dynamique et évolutif.

Par ailleurs, deux groupes du comité national travaillent sur les thématiques suivantes :

- outils informatiques disponibles pour l'utilisation du RPIB en routine
- visite de santé publique

Des informations sur les conclusions de ces groupes de travail vous seront communiquées au fur et à mesure.

Enfin, en ce qui concerne la communication au niveau national, l'INPES a été chargée de l'information du grand public sur les seuils de risque définis par l'OMS et de la diffusion large auprès des médecins généralistes des documents "repère pour votre pratique: intervention auprès des consommateurs excessifs d'alcool" et "Guide pratique pour faire le point sur votre consommation d'alcool: et vous avec l'alcool, vous en êtes où ?"

Pour toute information concernant la mise en œuvre de cette circulaire vous pouvez vous adresser au Docteur Dominique Martin - bureau des pratiques addictives - direction générale de la santé dominique.martin@sante.gouv.fr 01 40 56 54 68)

Pour le ministre et par délégation
Le Directeur Général de la santé

Professeur Didier HOUSSIN

ANNEXE 1 : REFERENCES ET BIBLIOGRAPHIE

- i Babor T., Caetano s. et al. Alcohol : no ordinary commodity – research and public policy. Oxford, United Kingdom, Oxford University Pres, 2003.
- ii Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB and Monteiro MG AUDIT the alcohol use disorders identification test : guidelines for use in Primary care. Second Edition. World Health Organization, Geneva 2001
- iii Babor TF, Caetano R et al. Alcohol : no ordinary commodity – Research and public policy. Oxford and London University Press - 2003,
- iv Point 13.14 de l'ordre du jour de la cinquante huitième assemblée mondiale de la santé (WHA 58)
- v Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné - DREES Etudes et résultats n°192 – septembre 2002
- vi Le risque d'alcoolisation excessive : les écarts entre les déclaration des patients et l'avis des médecins DREES Etudes et résultats n°405 juin 2005
- vii Drogues et dépendances, données essentielles - OFDT - La Découverte Ed - Paris mars 2005
- viii Dont un des objectifs associés est de réduire de 20 % en cinq ans la consommation moyenne annuelle d'alcool par habitant
- ix Programme français de diffusion du RPIB en lien avec le programme "Less is better" de l'OMS
- x Accessible à l'adresse suivante : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/ofdt/publi/rapports/rap05/epfxcdk4.html>
- xi Cour des Comptes. Le rapport public 2003. Observations des juridictions financières. Janvier 2004. Les éditions des journaux officiels
- xii Michaud P, Fouillant P, Gremy I & Klein P. Alcool, tabac, drogue. Le public fait confiance aux médecins. Rev Prat médecine générale 2004; 17(611): 605-8
- xiii Cependant ces premiers résultats demandent à être confortés par d'autres études cas-témoins.
- xiv Tel : 01 41 62 77 16 : référents : Mmes Cristina Diaz-Gomez et Maïtena Milhet

ANNEXE 2 : GUIDE METHODOLOGIQUE REGIONAL

L'objectif général du guide est de proposer aux régions un outil pratique pour la diffusion du RPIB en soins primaires en capitalisant les résultats des expériences régionales déjà réalisées ou en cours ainsi qu'ils sont présentés dans le rapport de l'OFDT.

I. Proposition d'organisation régionale

Le rôle de l'Etat, en tant que référent du dispositif, est de déterminer des orientations générales, d'assurer aux acteurs locaux une stabilité financière, de favoriser les partenariats et de stimuler les ressources locales.

☞ **Etape n°1 : proposer l'inscription de cette action dans la politique régionale**. Il s'agit de relayer au niveau régional les avancées scientifiques concernant l'intérêt de la formation des généralistes au RPIB... Cette stratégie de formation des généralistes au RPIB, pour être optimale, doit s'inscrire **dans la durée** et dans le droit commun, en l'occurrence la FMC.

☞ **Etape n°2 : proposer au comité des programmes un plan d'actions pour la mise en œuvre de la formation des médecins généralistes dans la région. Ce plan d'action mobilisera l'ensemble des ressources régionales** ou inter régionales : les médecins déjà formés au RPIB (généralistes, médecins du travail, de prévention et addictologues), ceux qui pourraient devenir formateurs, les organismes locaux de formation, les regroupements régionaux des organismes nationaux de formation pouvant être impliqués dans la stratégie de diffusion

☞ Ces différentes étapes doivent permettre de définir un **plan opérationnel régional** dans lequel il s'agit de :

- mettre en place le déroulement de la stratégie de mobilisation. Celle-ci pourra concerner, selon les cas : un réseau, l'ANPAA, un CRES, une association de FMC, un département de santé publique, de médecine générale ou de pédagogie médicale d'une faculté (liste non limitative).
- proposer des stratégies de mobilisation des médecins généralistes (réunions d'information, mailing, marketing téléphonique, visites de santé publique ..)
- choisir le ou les opérateurs de cette mobilisation
- organiser la communication (réunions d'information, séminaires, colloques, médias, affiches ..) La promotion du RPIB auprès des médecins généralistes ne saurait être accueillie favorablement sans l'organisation d'une **stratégie de communication de grande ampleur** autour du plan. Il est important de veiller à ce que celui-ci ne soit pas perçu comme une décision unilatérale des autorités.

Le plan gagnerait à être lancé avec le concours de la presse spécialisée et grand public ainsi qu'à partir d'une valorisation des expériences menées en région. Il semble opportun que les professionnels de santé impliqués en région participent à des actions de communication autour du plan auprès de leurs pairs.

Les supports de cette communication peuvent être multiples : brochures, presse spécialisée, journaux, radio, télé, Internet, CD-rom ...

- organiser le suivi et l'évaluation : désigner l'organisme chargé de recueillir les données sur les formations pour transmission à l'OFDT des résultats des travaux.

II Propositions de modalités pour la mobilisation des médecins généralistes

Afin d'assurer une appropriation optimale de la démarche en pratique de routine, il est nécessaire d'élargir la stratégie au moins dans deux directions : prendre en considération le problème que posent les patients alcool dépendants aux médecins (Informer, accompagner et offrir des aides aux médecins généralistes concernant les patients dépendants de l'alcool – notamment en encourageant la connaissance et le partenariat avec les structures de soins spécialisées- n'est pas en contradiction avec la promotion du RPIB. Bien au contraire, il y a là une stratégie nécessaire pour optimiser l'audience du RPIB et son adoption par les médecins). et cibler les futures générations de médecins en formation initiale premier (initiation), deuxième et troisième cycle, capacité, DU, DESC.

La pratique du RPIB en routine par les médecins généralistes suppose l'inscription dans une démarche de prévention à l'égard de leurs patients, une motivation de formation notamment sur les techniques du RPIB

☞ Viser un changement des représentations :

Modifier les représentations des médecins généralistes concernant les problématiques d'alcool et de leur rôle en la matière figure au premier chef des facteurs décisifs pour emporter leur adhésion sur le RPIB (Les deux démarches devraient donc être suivies parallèlement. Ceci est explicitement recommandé dans le protocole de phase IV du projet OMS visant une diffusion exhaustive du RPIB parmi les professionnels de santé

de premier recours. Le texte rappelle ainsi qu'il est essentiel que les médecins généralistes reçoivent des consignes claires en ce qui concerne les patients qui ne relèvent pas d'une intervention brève ainsi que des informations précises sur les ressources locales de traitement de la dépendance au sein même du kit de repérage et d'intervention brève qui leur est transmis. Selon le protocole de l'OMS : "Sans ces services, il est peu probable qu'un programme d'intervention brève soit capable d'entraîner la complète coopération et l'enthousiasme des médecins généralistes").

Aussi, bien avant toute réflexion sur la "technique" du RPIB à faire valoir auprès des médecins, les acteurs impliqués dans les stratégies régionales soulignent la nécessité d'une action à l'échelle tout à la fois plus globale et plus en profondeur des représentations qui encadrent la perception de l'alcool. L'ensemble des actions de communications – presse spécialisée / brochures / internet - peuvent concourir à cet objectif mais celui-ci ne saurait être pleinement atteint sans une intervention médiatique de masse ciblant aussi bien les professionnels que le grand public.

☞ Inciter les médecins à se former :

Les médecins généralistes comptent parmi les professionnels les plus submergés d'informations et de sollicitations diverses. Aussi, à moins d'inscrire la thématique alcool dans les FMC obligatoires, une proposition de formation au RPIB ne saurait recevoir une audience significative sans la mise en œuvre d'une véritable stratégie de mobilisation des médecins

Tous les acteurs impliqués insistent sur l'importance de concevoir un véritable "démarchage" des médecins afin de s'assurer de leur participation aux sessions de formations ou bien de leur écoute pour des entretiens individualisés à leur cabinet. L'envoi d'un simple courrier, même renouvelé, est largement insuffisant et les études montrent que la meilleure stratégie de diffusion combine le marketing téléphonique invitant à la formation (qui multiplie par 7 le taux de présence) et, à la suite de cette formation, le relais par des rappels téléphoniques ou des visites au cabinet. Ces deux stratégies de mobilisation ont fait la preuve de leur efficacité aussi bien dans des études de l'OMS qu'au décours des expérimentations en région. Dans la littérature internationale, la première stratégie bénéficie du meilleur rapport coût-efficacité, la deuxième d'une meilleure efficacité.

Outre cette stratégies de marketing téléphonique, peuvent être proposées :

- la rémunération des formations,
- la rémunération des actes de RPIB sur une base forfaitaire ou à l'acte,
- l'intégration des questionnaires de repérage dans les logiciels de dossier médical,
- le suivi par téléphone ou par une visite au cabinet des médecins formés,
- les rencontres d'échange et de partage des médecins formés.

☞ Inciter les médecins à pratiquer le RPIB

Plus que l'utilisation en tant que telle d'un outil de repérage, c'est l'**appropriation d'une démarche** par le médecin qui est visée. L'objectif à atteindre est que cette pratique de dépistage devienne routinière. En lien avec cette **logique pragmatique** et d'adaptation, le contenu des sessions de formation va dans le sens d'une réduction des informations générales et d'une valorisation des apports opérationnels, partant du vécu des participants.

En plus de ces messages clés, l'ensemble des formateurs souligne qu'une mise en situation des participants au travers de **jeux de rôle** pendant la formation et/ou par le biais d'une pratique du RPIB entre deux sessions de formation compte parmi les éléments de conviction les plus décisifs. Aussi, un dispositif de formation idéal devrait s'inscrire dans une durée suffisante pour permettre l'organisation de jeux de rôle et/ou s'étaler sur plusieurs sessions afin que les médecins s'essaient au RPIB et puissent restituer leur expérience auprès du groupe et des formateurs.

Au final, un **dispositif de formation de type "formation action"** paraît des plus pertinents et les formateurs soulignent qu'une indemnisation des participants favoriserait leur engagement dans ce type de formation.

☞ Accompagnement des médecins et actions complémentaires :

Afin de conforter la pratique du RPIB, il serait nécessaire de répéter les messages, remobiliser les médecins, jusqu'à temps qu'ils s'approprient la démarche. La littérature internationale confirme l'effet de ces actions de rappel sur l'acquisition durable d'une pratique.

Plusieurs stratégies peuvent être proposées comme :

- le passage des attachés de recherche clinique venant recenser chaque trimestre l'activité de RPIB des praticiens et les difficultés rencontrées, pour les besoins du protocole d'évaluation partie prenante de la stratégie ;
- des visites de santé publique réalisées par des pairs ou des membres d'un réseau ;

- des soirées d'échanges entre les participants organisées au bout de quelques mois puis à la fin du dispositif de promotion mis en œuvre, ont également stimulé les médecins à poursuivre leur activité de RPIB.

III Propositions de modèles de promotion du RPIB

Quatre grands modèles, essentiellement descriptifs, de promotion du RPIB semblent se dégager : un modèle "participatif", un modèle "dispositifs locaux", un modèle "démarchage personnalisé", un modèle "top-down". Rappelons que ces modèles correspondent à une typologie indépendante des territoires, promoteurs et partenaires qui se sont concrètement impliqués dans une stratégie en région. Chacun de ces modèles peut être utilisé seul ou en association.

☞ Le modèle "participatif"

Deux caractéristiques principales définissent ce modèle. Il repose sur l'établissement d'une culture commune et dispose d'une force de démultiplication de cette dernière. Les acteurs partie prenante de ce modèle sont réunis par la volonté de travailler en réseau, par leur sensibilité pour une thématique particulière ou par l'intérêt qu'ils portent à un projet de recherche.

Relativement au RPIB, cela signifie que les médecins mobilisés puis formés sont tout à la fois objets et acteurs de la stratégie. Leur implication ne se limite pas au suivi d'une ou plusieurs sessions de formation ou à l'application du RPIB. Ils sont partie prenante de la promotion du RPIB. En effet, leur adhésion à un référentiel commun, de nombreuses rencontres interprofessionnelles ou des échanges entre pairs disposent d'une puissante force de conviction qui "fait boule de neige".

Les principaux atouts de ce modèle tiennent à sa capacité à générer une forte implication et un niveau de motivation élevé chez ses "adhérents". L'adhésion à une "culture" ou l'inscription dans un cadre de travail ou de recherche spécifique dispose d'un puissant effet de stimulation. Relativement au RPIB, cela signifie par exemple que les médecins formés s'emploient à pratiquer le RPIB très tôt. Pour autant, l'institution d'une culture commune demande du temps. De plus, l'effet "boule de neige" généré par le modèle participatif ne peut se concrétiser qu'une fois la conviction emportée sur cette même culture. La mise en œuvre d'un modèle participatif s'inscrit donc dans la durée et implique initialement une impulsion portée par un leadership fort.

☞ Le modèle "dispositifs locaux"

Le principe de ce modèle de diffusion du RPIB consiste à inscrire cette thématique parmi toutes celles qui entrent dans un dispositif familier de formation pour les médecins. Dès lors ce modèle ne présuppose pas de chercher à attirer les médecins vers un cadre particulier de formation. Si une stratégie de mobilisation des médecins doit être initiée elle porte sur le thème des alcoolisations excessives et non sur un dispositif de formation nouveau qui lui serait spécifiquement dédié. Globalement, il s'agit plus "d'aller vers" les médecins et leurs canaux de formation habituels que de les solliciter pour qu'ils s'investissent dans une démarche de formation spécifique. Ces canaux habituels de formation peuvent recouvrir le dispositif des associations de formation médicale continue ou bien celui des réseaux selon que les médecins sont coutumiers de l'un ou l'autre de ces vecteurs de formation.

Le point fort de ce modèle est qu'il s'appuie (par définition) sur des dispositifs de formation existants et appréciés par les médecins généralistes. Néanmoins, assurer une promotion du RPIB sur ces bases implique d'éviter toute dispersion ou fermeture des associations ou des réseaux les uns par rapport aux autres. Un système par trop éclaté ou non stabilisé dans son contenu comme dans son organisation ne saurait assurer une diffusion massive du RPIB. De même, il est nécessaire de veiller à ce que les démarches de RPIB restent un axe privilégié dans l'éventail des thématiques abordées par les associations ou par les réseaux.

☞ Le modèle "démarchage personnalisé"

Le principe de ce modèle consiste à aller directement au-devant des médecins généralistes afin de les sensibiliser individuellement à une thématique, ici le RPIB. Le temps passé avec chaque praticien pris isolément peut avoir valeur de formation ou bien d'incitation pour une formation individualisée ou collective. Une telle stratégie correspond à une démarche tout à la fois familière pour les médecins si l'on pense aux visiteurs médicaux, et particulièrement innovante en matière de promotion de la santé. Il y a là deux points forts pour ce modèle. Le caractère personnalisé de la démarche stimule l'écoute du médecin et correspond à un bon moyen pour sensibiliser les praticiens isolés. Néanmoins, afin de permettre une réelle adoption du RPIB en pratique, il semble nécessaire de multiplier les visites voire de pérenniser la démarche sur la base de délégues de santé. L'ensemble implique des coûts qui restent à évaluer.

☞ Le modèle "top-down"

La principale caractéristique de ce modèle repose sur l'élaboration d'un référentiel appelé à être appliqué de façon normalisée et exhaustive. La définition du référentiel ainsi que de son mode d'application émerge d'une instance clé. Sa diffusion s'apparente à la déclinaison de ce référentiel auprès d'un public cible et à l'échelle d'un territoire.

Relativement au RPIB cela signifie qu'un dispositif global et unifié de mobilisation et de formation des médecins est prédefini puis mis en œuvre à l'initiative d'une organisation spécifique. Ce modèle n'exclue pas l'établissement de partenariats. Ceux-ci interviennent alors au titre de maître d'œuvre de la stratégie pré-établie. Les principaux atouts de ce modèle tiennent à sa force de proposition et à son caractère opérationnel. En tant que tel, il constitue un gain d'énergie considérable pour quiconque souhaite lancer une promotion du RPIB sur un territoire : la marche à suivre est définie, reste à la décliner sur un territoire. Toutefois, cette caractéristique porte en elle-même sa propre limite. Le modèle "top-down" est susceptible de pêcher par manque de souplesse. En effet, en conditions naturelles, l'application d'un modèle ne peut faire l'économie d'un processus d'adaptation aux réalités de terrain. Relativement au RPIB, une stratégie de promotion normalisée pose la question de la marge de manœuvre existante pour la mettre en oeuvre. Surtout, pour être appliquée une stratégie prédefinie doit nécessairement bénéficier d'une reconnaissance et garantir sa validité.

ANNEXE 3 : GUIDE DE SUIVI ET D'EVALUATION

PREAMBULE

Afin de contribuer au mieux à la mise en œuvre de la stratégie de diffusion du RPIB, la Direction Générale de la Santé a souhaité mettre en place un dispositif de suivi et d'évaluation. Il est conçu en deux volets :

1 / Le premier s'inscrit dans une **logique de veille** systématique, appuyée sur deux indicateurs simples, pour :

- Combien de médecins généralistes ont été formés au RPIB dans le cadre de la stratégie nationale ? Q.1
- Quel type de formation a été dispensé dans les territoires concernés ? Q.2

Registre "formateurs" : afin de permettre l'identification des formateurs puis le diffusion continue des informations sur les formations, il est indispensable d'établir au préalable un partenariat solide et durable entre DRASS, formateurs et OFDT. La DRASS sera chargée de signaler à l'OFDT l'identité des formateurs qui mettent en place des actions de formations dans le cadre de financements publics. Les DRASS sont invitées à se rapprocher des autres responsables de sources de financements nationales (FAQSV, DNDR, FMC, etc.) et régionales (partenariats, DRDR, PRSP, etc.) dans le domaine afin de mettre en place une procédure de signalement régulier. Pour ce faire, un fichier sera créé par l'OFDT et mis à disposition des DRASS. Dans les régions où cette tâche s'avère être trop lourde, les DRASS pourront établir des accords ou conventions avec des opérateurs locaux (ANPAA, CIRDD, autres) afin de leur confier cette mission. Dans la convention GRSP/organismes de formation inclure l'obligation de mise du dispositif de suivi et notamment transmission à l'OFDT du nombre et type de formations réalisées.

- **Recueil par questionnaire "en temps réel"** : à l'occasion de chaque session de formation, les formateurs renseigneront le nombre de participants ainsi que les principales caractéristiques de la formation dispensée. Ce dispositif permettra de traiter les deux questions de l'évaluation .

- **Sondage téléphonique** : ce sondage sera réalisé auprès de l'ensemble des médecins formés la première année, puis, une fois par an, auprès d'un échantillon représentatif des médecins formés les années suivantes¹. Il permettra de mesurer la proportion de médecins déclarant pratiquer le RPIB . Les limites méthodologiques du sondage sont les suivantes : le taux de médecins refusant d'y répondre et le fait que les données obtenues seront déclaratives donc se prêtent à une surestimation de la pratique du RPIB.

Répartition des rôles :

Le mandat d'évaluation a été confié à l'OFDT par la Direction générale de la santé. L'OFDT est responsable de la mise en œuvre du dispositif d'évaluation avec le concours des autorités sanitaires régionales et des formateurs impliqués en région. Le suivi des travaux d'évaluation est assuré par un comité de pilotage national qui regroupe les principaux acteurs concernés par l'évaluation. Le rôle des autorités sanitaires est d'accompagner la démarche d'évaluation et de garantir la prise en compte des résultats de l'évaluation.

La répartition des rôles s'effectue comme suit :

- DRASS : identifie les formateurs et les signale à l'OFDT
- OFDT : prend contact avec les formateurs et met à leur disposition les outils de recueil
- Formateurs : transmettent le nombre des MG formés et les caractéristiques des formations à l'OFDT
- OFDT : présente les résultats du recueil (en temps réel) et du sondage (bilan annuel) à la DGS (comité national) et aux DRASS

2/ Le second volet du **dispositif d'évaluation** est optionnel. Il s'inscrit dans une **logique de recherche**. Trois guides méthodologiques ont été élaborés. Les administrations et les professionnels de santé intéressés par la mise en œuvre d'une telle recherche peuvent se procurer les protocoles méthodologiques à l'adresse suivante : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/reserve.html>.

- Le premier guide a pour finalité d'impulser la mise en œuvre au niveau local de recherches sur le coût efficacité des diverses modalités de formation possibles.
- Le second permettra de stimuler la pratique du RPIB d'un groupe de médecins volontaires et d'en produire une photographie grâce à la constitution de ce groupe de "médecins sentinelles".

ANNEXE 4 : LISTE DES REGIONS CONCERNEES EN 2006

- Centre
- Ile de France
- Midi-Pyrénées
- Bretagne
- Aquitaine