OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES

ÉVALUATION des politiques publiques

REPÉRAGE PRÉCOCE INTERVENTION BRÈVE

Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes

Cristina DIAZ GOMEZ
Maitena MILHET

Avril 2005

OBSERVATOIRE FRANCAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES

Direction générale de la Santé

RPIB

Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes

Cristina DIAZ GOMEZ

Maitena MILHET

Avril 2005

Table des matières

Remerciements **6**

Synthèse **7**

Présentation **10**

Objet de l'étude *10*

Rappel des objectifs de l'étude *14*

Méthodologie *15*

Problématique **17**

Les consommations excessives d'alcool en France *17*

Connaissances, attitudes et opinions des médecins généralistes sur les consommations excessives d'alcool en France *20*

Connaissances du médecin généraliste des notions de risque et perception de ses propres compétences en matière d'alcool 21

Implication des médecins généralistes dans la prévention et dans l'éducation pour la santé : difficultés rencontrées par le praticien pour parler d'alcool auprès de sa clientèle 22

Rôle attribué aux médecins généralistes dans la prévention des consommations excessives 23

Efficacité et coût de l'intervention brève dans la littérature internationale *25*

Portée de l'efficacité de l'intervention brève dans la littérature internationale 25

Principaux résultats et limites des premières méta-analyse et des autres revues systématiques de la littérature (1993-1997) 29

Données actuelles 31

Le coût du RPIB 36

AQUITAINE **39**

Genèse du projet RPIB dans la région *39*

Principales opportunités, motivations majeures 39

Conception du projet RPIB 40

Inscription du projet RPIB dans le schéma local d'intervention des autorités sanitaires 43

Partenariats et financements 44

Formations : modalités organisationnelles *45*

Les formateurs 45

Dispositif de formation 46

Stratégie de mobilisation des médecins généralistes pour participer aux formations 48

Calendrier de mise en œuvre des stratégies régionales *49*

Gironde 49

Pays Basque 50

Dispositif d'évaluation *51*

Modalités d'évaluation : Gironde 51

Principaux résultats : Gironde 52

Modalités d'évaluation : Pays Basque 56

Principaux résultats : Pays Basque 57

Bilan *57*

Points forts de la stratégie régionale et de ses déclinaisons locales 57

Obstacles de la stratégie régionale et de ses déclinaisons locales 58

Perspectives *59*

Fiche synthétique pour l'Aquitaine *62*

BOURGOGNE 65

Genèse du projet RPIB dans la région *65*

Principales opportunités / motivations majeures 65

Conception du projet RPIB 66

Inscription dans le schéma d'intervention des autorités sanitaires 66

Partenariat et financement 67

Formations : modalités organisationnelles *67*

Les formateurs 67

Dispositif de formation 68

Calendrier de mise en œuvre de la stratégie régionale *69*

Dispositif d'évaluation *69*

Bilan et perspectives *70*

Fiche synthétique pour la Bourgogne *72*

BRETAGNE 74

Genèse du projet RPIB dans la région *74*

Principales opportunités, motivations majeures 74

Conception du projet RPIB 75

Inscription du projet RPIB dans les schémas d'intervention des autorités sanitaires 77

Partenariat et financement 78

Formations : modalités organisationnelles *79*

Les formateurs 79

Dispositif de formation 80

Stratégie de mobilisation des médecins généralistes pour participer aux formations 80

Calendrier de mise en œuvre des stratégies régionales *81*

Perspectives *81*

Fiche synthétique pour la Bretagne *83*

CHAMPAGNE ARDENNE **86**

Genèse du projet RPIB dans la région *86*

Principales opportunités/motivations majeures 86

Conception du projet RPIB 87

Inscription du projet RPIB dans les schémas locaux d'intervention des autorités sanitaires 88

Partenariat et financement 88

Formations : modalités organisationnelles *89*

Les formateurs 89

Dispositif de formation 89

Stratégie de mobilisation des médecins généralistes pour participer aux formations 90

Calendrier de mise en œuvre des stratégies régionales *91*

Dispositif d'évaluation *91*

Bilan *92*

Obstacles de la stratégie régionale 92

Points forts de la stratégie régionale 93

Perspectives *94*

Fiche synthétique pour la Champagne Ardenne *96*

ILE DE FRANCE **99**

Genèse du projet RPIB dans la région *99*

Principales opportunités / motivations majeures 99

Conception du projet RPIB 99

Partenariat et financement 107

Formations : modalités organisationnelles *109*

Les formateurs 109

Dispositif de formation 110

Stratégie de mobilisation des médecins généralistes pour participer aux formations et pour pratiquer le RPIB 112

Calendrier de mise en œuvre de la stratégie régionale *113*

Dispositif d'évaluation *114*

Enquête "Avant" : attitudes et représentations des médecins généralistes en matière d'alcoolisations excessives 114

Enquête "Avant" : positionnement des patients 114
Médecins généralistes formés 114

Bilan *115*
Points forts de la stratégie régionale 115
Obstacles de la stratégie régionale 116

Perspectives *117*
Etablir un cadre institutionnel de promotion de l'action 117
Stratégies de mobilisation de l'ensemble des médecins généralistes 117
Instituer un dispositif spécifique de formation de formateurs 118
Instituer un dispositif pérenne d'évaluation de l'action 118

Fiche synthétique pour Ile de France *119*

Facteurs clés favorisant la promotion du RPIB 122

Le socle commun pour une stratégie de promotion du RPIB optimale *122*
Viser un changement des représentations 122
Inciter les médecins à se former 123
Inciter les médecins à pratiquer le RPIB 124
Prendre en considération les facteurs externes 126

Les modèles de promotion du RPIB : caractéristiques, forces, limites *128*
Le modèle "participatif" 128
Le modèle "dispositifs locaux" 129
Le modèle "démarchage personnalisé" 130
Le modèle "top-down" 130

Recommandations 131

Annexe 1 : Sigles et acronymes utilisés 138

Annexe 2 : Bibliographie 142

Annexe 3 : Outils de formation utilisés dans les régions examinées 147

Remerciements

Nous souhaitons tout d'abord remercier la Direction Générale de la Santé qui a soutenu, de bien des manières, ce travail de recherche et tout particulièrement Dominique MARTIN, chargée du dossier au bureau des conduites addictives.

Par ailleurs, nous tenons à remercier Jean-Michel DELILE, directeur du Comité d'étude et d'information sur la drogue (CEID) pour sa très aimable collaboration.

Nous voudrions également remercier l'ensemble des professionnels qui pourtant surchargés de travail, ont accepté de répondre à nos nombreuses questions :

M. ARWIDSON
Dr BATAILLON
Dr BEIS
Dr BERNARD
Dr BERTIN
Dr BERTRAND
Dr BOISRAME-MEDA
Dr BONIN
Dr BREMENT
Dr BRETON
Dr CAMPAGNE
Dr CASTERA
Dr CHOUCHKAIEFF
Dr CRESPEL
Dr DARMON-GUERIN
Dr DASSONVILLE
Dr DEMEAUX
Dr DEPINOY
Dr DESBORDES
Dr DEUGNIER
Dr DOUCERON
Dr DROSSON
Dr DUCOS
Dr DULMET
Dr EL-AHL
Dr FAUVEL
Dr FLEURY
Dr FONTAINE
Dr FOUILLAND
Dr GALLOIS
Dr HASSID
Dr HERRAN
Dr HUAS
Dr LOISEAU
Dr MARQUIS
Dr MAUFOY
Dr MICHAUD
Dr MONGIN
Dr OSPITAL
Dr PATIN
Dr PFITZENMEYER
Dr PLEYDRAN
Dr PREUD'HOMME
Dr RIGAUD
Dr SAINT GUILY
Dr SANNINO
Mme SENE
Dr SOUBIRAN
Dr SOUBIROU
Dr VALADIE-JEANNEL
Dr VERNET
Dr VILLIERS-MORIAME
Dr VINCONT
Dr WAUTOT

Synthèse

La présente étude porte sur les stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB) auprès des médecins généralistes concernant les buveurs excessifs d'alcool (*Cf.* page 10). A la date de son lancement (octobre 2004), cinq régions (Aquitaine, Bourgogne, Bretagne, Champagne Ardenne et Ile de France) avaient été repérées par la Direction générale de la Santé (DGS) comme ayant mené une réflexion approfondie sur la définition de stratégies de promotion et de mobilisation de leurs médecins généralistes autour de cette démarche. Les stratégies régionales ont été développées de manière hétérogène, non concertées, et selon des modalités organisationnelles spécifiques - partenariats, financements, contenu, calendrier et/ou protocoles d'évaluation. En conséquence, ni les autorités sanitaires nationales ni les acteurs concernés dans d'autres régions françaises ne disposaient d'une vision d'ensemble, claire et transparente, des démarches en cours. Dès lors, afin de fournir des éléments de réflexion pour l'élaboration d'un plan national de promotion du RPIB, il a semblé indispensable de dresser un panorama des initiatives régionales et de faire émerger des facteurs clés pour la promotion du RPIB au niveau national. C'est la principale finalité du présent rapport. Il poursuit également deux objectifs complémentaires : d'une part, apporter des éléments de compréhension autour de la problématique des consommations excessives d'alcool et de la place des médecins généralistes dans le RPIB et, d'autre part, capitaliser les éléments de connaissance disponibles sur les effets des stratégies de promotion lancées en France et à l'étranger ainsi que sur l'efficacité et le coût de l'intervention brève (*Cf.* page 14).

Afin de répondre à ces exigences, deux types recherches ont été réalisés. D'une part, une analyse de la littérature nationale et internationale (articles et publications existants sur les notions générales du RPIB, les attitudes et le rôle des médecins généralistes, études d'efficacité, etc;) et d'autre part, des investigations approfondies au niveau régional (études de cas) conduites sur le terrain (en Aquitaine, Bourgogne, Bretagne, Champagne Ardenne et Ile de France) auprès des interlocuteurs clés identifiés : les chargés du suivi du dossier RPIB au sein de la DRASS et les porteurs du projet RPIB. Au final, une cinquantaine d'entretiens ont été menés (*Cf.* page 15).

L'essentiel des sources disponibles examinées s'accordent sur le fait que le nombre de personnes en difficulté avec l'alcool, en France, reste considérable. Les chiffres disponibles concernant la prévalence de l'alcoolisation excessive sont assez éloquents : en médecine de ville, près d'un patient adulte sur cinq aurait une consommation excessive d'alcool (*Cf.* page 17).

La grande majorité des médecins estime que l'alcool est un problème important en médecine générale. Toutefois, l'adoption de démarches de prévention se heurte essentiellement au manque de formation et aux réticences des médecins généralistes pour aborder la question d'alcool. Les seuils de risque restent relativement méconnus et le savoir des médecins généralistes en matière d'alcool n'est pas spontanément utilisé dans la pratique quotidienne, au moins pour une partie non négligeable d'entre eux. En ce qui concerne leurs représentations sur leurs propres attitudes, une majorité de praticiens s'estiment compétents pour prodiguer des conseils de modération mais seuls 35% d'entre eux pensent que leur intervention est efficace. Pourtant, de solides raisons permettent de penser que le médecin généraliste occupe une place privilégiée dans le système de soin pour repérer les consommateurs excessifs. L'ensemble des professionnels ainsi que les autorités sanitaires s'accordent sur ce point (*Cf.* page 23).

Par ailleurs, la presque totalité des travaux de recherche mettent en évidence que l'intervention brève entraîne effectivement une réduction de la consommation d'alcool, à court ou moyen terme, chez les buveurs qui dépassent les niveaux de risque définis par l'OMS. Selon les critères du "*Preventive Service Task Force*", le degré de validité et de sécurité que l'on peut attribuer aux recommandations issues des études d'efficacité menées est de niveau élevé ou acceptable. L'analyse à long terme (au-delà de 10 ans) n'a pas réussi à démontrer que l'intervention brève, sans des mesures d'accompagnement particulier, puisse conduire à des réductions significatives de la consommation d'alcool. Ces résultats doivent faire l'objet de nouvelles recherches. De ce point de vue, interroger l'impact effectif de mesures d'accompagnement des médecins généralistes plus ou moins régulières nous paraît avoir toute sa pertinence (*Cf.* page 25).

Si l'intérêt d'une promotion le RPIB s'avère souhaitable en termes de santé publique, il subsiste au moins une question cruciale, celle relative à son coût. Il existe peu d'études économiques sur les interventions brèves en matière d'alcool. Cependant, celles qui ont été réalisées font apparaître que le RPIB présente un bon coût efficacité. De manière générale, il faut retenir que le coût du RPIB est très raisonnable par rapport aux gains potentiels en termes de réduction des coûts médicaux. La composante principale des dépenses est le coût du temps employé par le professionnel pour dispenser le RPIB. Le coût des livrets d'informations et d'autres supports est également à prendre en

considération pour calculer le coût global de l'intervention. Lorsque l'on s'intéresse aux modalités alternatives de mobilisation de médecins, il apparaît que la stratégie qui comporte une formation de base complétée avec un niveau de soutien élevé est celle qui présente le meilleur coût efficacité, en termes de nombre d'années de vie gagnées (*Cf.* page 36).

Le niveau d'avancement des régions dans la mise en œuvre des stratégies de promotion du RPIB est très contrasté et souvent de nature expérimentale. La promotion du RPIB en Aquitaine et en Ile de France est très avancée tout en restant expérimentale. La stratégie est en cours d'évolution en Champagne Ardenne et en Bourgogne. Elle débute en Bretagne. Cette hétérogénéité empêche une réelle mise en perspective des expériences régionales. Toute comparaison de leur pertinence respective est à ce jour impossible à réaliser. Dès lors, afin de permettre la définition d'un plan national de promotion du RPIB, il est apparu opportun de faire émerger les points faisant consensus entre les acteurs impliqués en région concernant les facteurs clés pour une stratégie optimale de mobilisation et de formation des médecins généralistes (*Cf.* page122). Sur ces bases et compte tenu des points forts et des limites caractéristiques de chacune des expériences menées dans les cinq régions considérées, un certain nombre de recommandations sont proposées à la fin du présent rapport. Elles couvrent les trois volets constitutifs d'une stratégie nationale : acteurs concernés, contenu et cible de la stratégie, actions de communication autour du futur plan et de sa diffusion (*Cf.* page 131).

Présentation

OBJET DE L'ETUDE

La présente étude porte sur les stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB) auprès des buveurs excessifs d'alcool mises en œuvre en France en médecine générale.

La promotion du RPIB comprend trois axes majeurs. Les stratégies de communication et de médiatisation constituent le premier axe d'action. Leur objectif est de favoriser la diffusion de nouvelles représentations sociales en matière d'alcool, particulièrement, en ce qui concerne la légitimité et la capacité du médecin généraliste à prévenir les comportements à risque. Définir des stratégies spécifiques de mobilisation et de formation permettant d'impliquer les professionnels de premier recours dans la réalisation du RPIB constitue un deuxième point fondamental pour promouvoir le RPIB. Enfin, la diffusion du RPIB implique de fournir aux médecins des outils adaptés aux conditions de leur pratique quotidienne ainsi que de tisser des alliances fortes avec les acteurs locaux dans l'objectif ultime de garantir une assise solide et durable au RPIB.

Plusieurs outils ou questionnaires existent à ce jour qui permettent au praticien de procéder au repérage précoce des consommations excessives d'alcool. L'AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), le DETA[1] (Diminuer Entourage Trop Alcool) et le FACE (Formule pour Apprécier la Consommation en Entretien) ont été validés et adaptés au contexte français. Ils comptent parmi les questionnaires les plus couramment présentés aux médecins généralistes dans les formations RPIB. Ceci dit, vingt-cinq questionnaires différents, destinés à être administrés par un soignant ou auto-administrés, ont été élaborés.

[1] Acronyme français du CAGE.

Ce que l'on appelle "interventions brèves" ne peut être défini de manière univoque. Selon le contexte et les opinions des chercheurs et praticiens, on constate des variantes sur le contenu de l'intervention brève, sur sa durée ainsi que sur les modalités de sa réalisation. Néanmoins, les interventions brèves sont toujours définies à l'endroit d'un même public cible, avec les mêmes objectifs et selon un type de relation soignant-patient analogue. Elles s'adressent aux buveurs excessifs[2], elles visent en priorité une réduction de leur consommation d'alcool et non une abstinence, enfin, elles doivent être menées dans le cadre d'un dialogue exempt de jugement. Le praticien doit être animé d'empathie et savoir respecter la responsabilité du patient vis-à-vis de son comportement.

Actuellement, on s'accorde pour résumer les étapes d'une intervention brève comme suit ; elles sont généralement synthétisées par l'acronyme FRAMES :

1. Restituer les résultats du test de repérage au patient (ou *Feed-back*),
2. Responsabiliser (le changement de comportement appartient au patient, non au thérapeute),
3. Donner un conseil de modération (ou *Advice*),
4. Evoquer avec le patient les modifications possibles de sa consommation d'alcool (ou *Menu*),
5. User de bienveillance, ne pas juger (ou *Empathie*),
6. Laisser le patient acteur de son changement et l'encourager dans ce sens (ou *Self-efficacity*).

La diffusion du RPIB s'inscrit dans le cadre des objectifs de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). En France, le programme "Boire Moins C'est Mieux" (BMCM) a été créé au sein de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) afin d'adapter les objectifs du programme OMS dit de phase IV au contexte national. La promotion du RPIB auprès des médecins généralistes constitue également l'un des objectifs prioritaires du plan "alcool" 2002-2004 de la Direction générale de la Santé.

[2] Pour une définition de cette notion, voir la partie Problématique (*Cf.* page 17).

Encadré 1 : Le projet de l'OMS

Le projet de l'OMS en matière de repérage et de prise en charge des problèmes d'alcool en médecine de premier recours comporte quatre phases.

La **phase I** du projet a débuté au début des années 1980 et a abouti au développement du questionnaire AUDIT.

La **phase II** est une étude d'efficacité. Elle résulte d'une collaboration internationale impliquant dix pays et 1 655 consommateurs à risque. Le principal résultat de cette recherche a mis en évidence que pour les hommes une intervention de cinq minutes permet de réduire leur consommation (en moyenne de 25 % de plus que dans le groupe de contrôle) et d'améliorer leur état de santé par rapport à un groupe témoin sans intervention. Le prolongement de la durée de l'intervention brève ou l'adjonction de visites de contrôle supplémentaires n'améliore pas le résultat. Parmi les femmes une réduction de la consommation est observée comparativement au groupe témoin mais sans différence statistiquement significative.

La **phase III** du projet de l'OMS a porté sur les conditions nécessaires à la diffusion du RPIB. Elle était divisée en trois parties. La première partie a consisté à mener une enquête postale sur les connaissances, les pratiques et les attitudes des praticiens de premier recours en ce qui concerne la prévention et l'intervention précoce en matière d'alcool. L'étude conduite au Royaume Uni a montré que les médecins généralistes n'abordaient pas la question de la consommation d'alcool dans leur pratique routinière et qu'ils n'avaient qu'un nombre réduit de patients alcoolodépendants ou ayant une consommation excessive d'alcool. Les difficultés identifiées par les médecins généralistes étaient l'insuffisance de temps et de formation ainsi que de soutien de la part des autorités gouvernementales. Dans les autres pays participants des résultats similaires ont été observés. La deuxième étape de la phase III a comporté une étude qualitative sur les freins et les facteurs favorisant la diffusion du RPIB. La dernière étape a cherché à évaluer de différentes stratégies de mobilisation, de formation et de soutien permettant de promouvoir l'utilisation d'un kit de repérage et d'intervention brève - le *Drink less program* - par les médecins de premier recours. Les résultats de cette étude randomisée ont mis en évidence que le télémarketing était la stratégie de mobilisation présentant le meilleur coût efficacité et que la formation accompagnée du soutien téléphonique augmentait les niveaux de mise en pratique.

La dernière phase du projet de l'OMS -**phase IV** -, touche à sa fin. Elle vise à promouvoir la diffusion à grande échelle du RPIB en pratique de routine. Elle est conduite en Belgique, en Espagne, au Danemark, en Finlande, en France et en Italie. Il existe également des projets en Russie, en Hongrie, en Slovénie et en Suisse. L'objectif de la phase IV est que chaque pays participant décide de la meilleure manière de permettre aux médecins généralistes et autres professionnels de la santé de mettre en pratique le repérage et l'intervention brève de façon routinière et sur une période significative.

Source : élaboration propre

Encadré 2 : Plan "alcool" 2002-2004

Les objectifs généraux du plan sont les suivants :

- Réduire la consommation d'alcool pour réduire l'ensemble des risques à long terme liés à l'usage d'alcool (cancers et maladies cardiovasculaires notamment) ;
- Réduire la mortalité, la morbidité et les handicaps résultant des accidents de la circulation liés à la consommation d'alcool ;
- Prévenir le développement de l'usage nocif et l'installation de la dépendance liés à l'alcool ;
- Développer l'accessibilité de modes de prise en charge efficaces pour les personnes en difficulté avec l'alcool sur le plan social (désinsertion, violences familiales) et médical (dépendances, pathologies liées à l'alcool) ;
- Promouvoir la recherche, en particulier améliorer la qualité et la précision du dispositif de suivi des usages et des consommations et de leur retentissement épidémiologique.

La mise en œuvre de cette stratégie s'appuie sur un certain nombre d'actions :

-l'information du grand public est assurée par les campagnes de l'INPES, afin de promouvoir une consommation faible d'une part, et de favoriser le dialogue sur ce sujet avec les médecins généralistes d'autre part ;
-une veille judiciaire par des associations financées par les autorités sanitaires, en particulier en ce qui concerne la promotion illicite d'alcool ;
- la mobilisation des chefs de projets des Programmes Régionaux de Santé (PRS) autours des questions de sécurité routière ;
-le programme "Boire moins, c'est mieux", soutenu par l'OMS, et mis en œuvre avec la collaboration de l'ANPAA. Il doit permettre, à terme de former les médecins généralistes au repérage précoce des personnes à risque et à l'intervention brève ;
-le renforcement du dispositif de prise en charge est effectif depuis trois ans ;
-la diffusion de références de pratiques cliniques sur la prise en charge du sevrage, sur l'accompagnement des personnes après le sevrage et sur la prise en charge des femmes enceintes ayant des conduites d'alcoolisation. Ces références doivent permettre de structurer la formation médicale continue (FMC) et d'améliorer les pratiques de repérage ;
-la mise en place, en collaboration avec la MILDT, des orientations pour améliorer la prise en compte des problèmes d'addiction en prison ;
- la mobilisation des associations d'aide aux anciens malades autours des objectifs généraux de la stratégie alcool. Elle doit permettre d'améliorer la cohérence de leurs actions et de leurs interventions.

Source : DGS

En janvier 2004, la Cour des comptes a fait connaître ses conclusions sur l'état d'avancement de la politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme. Elle a souligné qu'il reste encore beaucoup de chemin à faire pour que celle-ci atteigne le niveau attendu. Le rapport rappelle la nécessité d'une planification à moyen terme de l'offre de soins et des programmes de prévention avec un système de répartition prenant en compte les besoins régionaux et la nécessaire continuité des financements. La stratégie alcool est reconnue comme une avancée mais ne s'appuie pas sur des moyens supplémentaires conséquents. Enfin, le dépistage médical est considéré comme le "maillon faible". Les médecins

généralistes sont encore peu mobilisés par manque de temps, de formation et de valorisation des actes de prévention. Cette mobilisation est pourtant préconisée comme l'un des axes forts de la stratégie alcool mais elle reste encore au stade expérimental [1]. Elle se fait lentement mais progressivement.

En ce qui concerne la promotion du RPIB, plusieurs stratégies ont été recensées sur le territoire français. Elles se sont développées de manière hétérogène, selon des modalités organisationnelles et des stratégies de mobilisation des médecins généralistes qui leur sont propres. Les calendriers de mise en œuvre tout comme les modalités d'évaluation de l'action sont également très différents d'une initiative à une autre. Dès lors, afin de fournir des éléments de réflexion pour l'élaboration d'un plan national de promotion du RPIB auprès des médecins généralistes, il est tout d'abord nécessaire de dresser un état des lieux de ces initiatives régionales, de faire état de leur évaluation le cas échéant et de dégager les facteurs clés favorisant la promotion du RPIB. C'est la finalité principale de la présente étude.

A la date de son lancement (octobre 2004) cinq régions (Aquitaine, Bourgogne, Bretagne, Champagne Ardenne et Ile de France) avaient été repérées par la Direction générale de la Santé (DGS) comme ayant mené une réflexion approfondie sur la définition de stratégies de promotion et de mobilisation de leurs médecins généralistes autour du repérage précoce et de l'intervention brève. Depuis, la région de Rhône-Alpes a fait état de formations RPIB en cours. Pour des raisons évidentes de calendrier et de moyens, cette nouvelle initiative ne sera pas ici examinée. Nous faisons le choix d'une analyse approfondie des stratégies à l'œuvre dans les cinq régions initialement retenues. Toutefois, il va de soi que la réflexion finale à laquelle donnera probablement lieu la présente étude devra intégrer l'existence de stratégies de promotion du RPIB dans d'autres régions.

RAPPEL DES OBJECTIFS DE L'ETUDE

Les objectifs spécifiques de cette étude répondent au souhait des autorités sanitaires de mettre en place, à moyen terme, un plan national de promotion du RPIB visant à amener en cinq ans la majorité des médecins français à une formation, et à un quart au moins à la pratique routinière du RPIB. L'adoption d'un plan national de promotion du RPIB vise la continuité des stratégies en place dans les régions et l'évaluation des résultats.

Dans ce cadre, la présente étude cible deux objectifs principaux : d'une part, dresser un panorama de la situation actuelle en ce qui concerne les stratégies de promotion du RPIB et en particulier, les initiatives de formation en cours, et d'autre part rassembler les éléments de connaissance existants sur

les premiers effets observés chez les professionnels et leurs patients. Pour ce faire, les missions confiées aux responsables de la réalisation de cette étude ont été les suivantes :

- apporter les éléments de compréhension nécessaires autour de la problématique des consommations excessives d'alcool et de la place des médecins généralistes dans le repérage précoce et l'intervention brève auprès des buveurs excessifs et synthétiser les conclusions des travaux scientifiques sur l'efficacité de cette démarche et son coût, notamment à l'aide d'une revue de la littérature internationale ;
- faire émerger les motivations qui ont amené les acteurs impliqués à développer des stratégies de promotion du RPIB au niveau régional et les principales opportunités qui se sont présentées ;
- décrire les stratégies de médiatisation, de mobilisation et de formation des médecins généralistes mises en œuvre ;
- capitaliser les éléments de connaissance disponibles sur les répercussions des actions de communication et des formations au RPIB sur les professionnels et sur les comportements des personnes repérées qui ont été vues en consultation ultérieurement ;
- dégager les principaux ressorts d'une promotion du RPIB ;
- réfléchir aux enseignements à tirer et aux recommandations à faire en vue de la diffusion nationale des stratégies de promotion du RPIB.

METHODOLOGIE

Les résultats de cette étude reposent sur deux types de recherches distincts. D'une part, une analyse de la littérature nationale et internationale (articles et publications existants sur les notions générales du RPIB, les attitudes et le rôle des médecins généralistes, études d'efficacité, etc.) et d'autre part, des investigations approfondies au niveau régional (études de cas) conduites sur le terrain (en Aquitaine, Bourgogne, Bretagne, Champagne Ardenne et Ile de France).

En ce qui concerne les études de cas, les investigations se sont appuyées sur une analyse poussée de tout élément de connaissance qui a pu être recueilli auprès des acteurs concernés (dossiers financiers, notes d'avancement, bilans d'étape, comptes-rendus de réunions du comité de pilotage de l'action, rapports d'évaluation, etc.). La collecte d'information a été complétée par des entretiens semi-directifs face à face et téléphoniques auprès des acteurs régionaux et locaux ayant joué un rôle essentiel dans la mise en place des stratégies de mobilisation et disposant d'une bonne connaissance

des démarches développées. Les personnes rencontrées peuvent être regroupées en quatre catégories :

- Les chargés du suivi du dossier RPIB parmi les autorités sanitaires au niveau local ou régional (certaines DRASS et DDASS principalement) ;
- Les promoteurs du projet RPIB dans chaque région examinée ;
- Les autres partenaires institutionnels ou associatifs qui ont soutenu le projet (l'ANPAA, des associations de Formation Médicale Continue (FMC), des CDPA, l'Union régionale de médecins libéraux (URML), etc.).

Le plan de sondage pour les entretiens semi-directifs a été établi sur la base des informations recueillies auprès d'un binôme d'interlocuteurs clés : les chargés du suivi du dossier RPIB au sein de la DRASS et les porteurs du projet RPIB. Au total, une cinquantaine d'entretiens ont été conduits. Le nombre de personnes rencontrées varie d'une région à une autre. Cela tient à l'envergure des stratégies développées dans chaque région d'une part et au partenariat régional mobilisé d'autre part. Soulignons que la méthode retenue pour le recrutement des personnes interviewées peut avoir limité la portée des résultats. En effet, la sélection opérée repose exclusivement sur les déclarations des interlocuteurs clés dans chaque région, sans qu'aucune objectivation de la liste de personnes à rencontrer ait été possible de la part des responsables de l'étude. Cela dit, compte tenu de la diversité des sources d'information examinées et de leur richesse, ces limites méthodologiques ne semblent pas avoir de répercussions majeures quant aux résultats de la présente étude.

Problématique

LES CONSOMMATIONS EXCESSIVES D'ALCOOL EN FRANCE

Même si les ventes d'alcool sont en diminution depuis les années 1960 comme l'indiquent les chiffres de l'OMS et de la Fédération Française de Spiritueux [2], l'essentiel des sources disponibles examinées s'accordent sur le fait que le nombre de personnes en difficulté avec l'alcool reste considérable. Selon l'INSERM dans son expertise sur les dommages sociaux, l'abus et la dépendance en matière d'alcool [3] et le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) [4], l'alcool reste un problème majeur de santé publique avec une épidémiologie lourde. Ce dernier, dans son rapport sur la santé en France en 2002, souligne l'existence de certaines situations qui, en termes de santé publique sont jugées préoccupantes. En particulier, le HCSP fait référence à une surmortalité prématurée en France dont les causes relèvent moins des soins curatifs que d'interventions en amont.

Par ailleurs, les chiffres disponibles relatifs à la prévalence de l'alcoolisation excessive sont assez éloquents. En 1990, d'après l'enquête de Huas *et al.* [5] réalisée dans le nord-ouest de Paris, la prévalence des consommateurs excessifs en médecine générale représentait 23,6 % des consultants. Une autre étude en médecine générale menée dans 7 régions françaises a montré que 18,4 % des patients de plus de 18 ans (29,5 % des hommes et 11,1 % des femmes) vus en consultation et en visite présentaient un risque ou une maladie liés à l'alcool, bien que ne consultant pas pour cela [6]. Plus récemment, la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a mené la première enquête nationale auprès de l'ensemble des patients vus en médecine de ville. En 2001, 18 % des patients vus par un médecin généraliste une semaine donnée présentaient un risque d'alcoolisation excessive. Autrement dit, en médecine de ville, près d'un patient adulte sur cinq aurait une consommation excessive d'alcool [7].

La consommation problématique d'alcool peut également être appréciée en référence à une norme fixant le nombre de verres d'alcool standard[3] maximum consommés chaque jour sans risque pour la santé.

Encadré 3 : Les seuils de risque

En 1988, une importante étude épidémiologique a montré que la consommation épisodique de 4 ou de 8 verres est associée à un risque relatif de mort par blessure de 1,9 et 3,3 respectivement [8].

Entre 1990 et 1995, plusieurs études prospectives ont montré que la mortalité augmente chez les hommes pour des consommations supérieures à trois verres par jour [9], et chez les femmes pour des consommations supérieures à 2,5 verres par jour[10].
Ces études confortent les préconisations du *Health Education Council* britanique qui, en 1984 a édité une brochure sur ces seuils de risque. Les recommandations de cette brochure ont été confirmées en 1986 et 1987 par trois rapports des *Royal Colleges of Physicians, Psychiatrists and General Practitioners* et réaffirmées en 1995 [11].

Le gouvernement britannique a officiellement adopté, en 1992, les conclusions de ces prestigieuses sociétés. La *British Medical Association* a conclu, cette même année, que les limites hebdomadaires de 14 unités d'alcool pour les femmes (2 verres/jour en moyenne) et 21 unités pour les hommes (3 verres par jour en moyenne) étaient appropriées [12].

L'OMS recommande en plus de jamais consommer plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel et de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

Source : DGS

Au vu de ces critères, en 2002 on a observé qu'en France 18 % des hommes et 6 % des femmes ont consommé la veille un nombre de verres supérieur aux seuils recommandés par l'OMS [13].

Du point de vue épidémiologique, ces chiffres renvoient à une notion qui reste difficile à évaluer car elle ne répond pas uniquement à la question "trop, c'est combien ?" mais aussi à deux autres questions : "trop, c'est quand ?" et "trop, c'est comment ?". Les experts s'accordent sur le fait que la notion de "consommation excessive" n'est pas suffisamment bien connue, ni par les acteurs de terrain ni par la population française [14]. Elle tente de s'imposer mais elle n'est pas totalement stabilisée au sein de la communauté scientifique [15].

La "consommation excessive" regroupe deux concepts distincts : "l'usage ou la consommation à risque" et "l'usage nocif, l'abus ou la consommation à problème" [16].

[3] Le terme de verre désigne le "verre standard" ou Unité Internationale d'Alcool (UIA) qui est la quantité "normalisée" pour chaque catégorie dans les lieux de consommation publics. Cette quantité correspond en moyenne à environ 10 g d'alcool pur.

Encadré 4 : La notion de consommation excessive

Elle regroupe les deux catégories suivantes :

1. **Consommation ou usage à risque :** Elle est définie par rapport à la consommation moyenne d'alcool déclarée. Des études épidémiologiques ont mis en évidence une diminution de l'espérance de vie des groupes consommant au-dessus d'un certain seuil, plus bas pour les femmes que pour les hommes. Ce seuil est de 3 verres par jour pour les hommes et 2 verres pour les femmes selon l'OMS. Cette consommation n'entraîne pas de dommages médical, psychique ou social mais elle est considérée comme un usage à risque en situation de précocité, lors d'un cumul de consommation d'alcool avec d'autres substances, s'agissant d'une recherche d'ivresses et notamment en cas d'ivresses précoces ou répétées ou de consommation solitaire à visée anxiolytique ou anti-dépressive.
2. **Consommation à problème, usage nocif ou abus :** Ce type de consommation ne se définit pas par un seuil de consommation, mais par l'existence de dommages liés à une consommation d'alcool répétée sans signe de dépendance. Cette catégorie correspond à la définition de l'abus par le DSM IV et de l'utilisation nocive à la santé de la CIM 10[4].

Source : Rapport sur l'usage nocif présidé par le professeur Reynaud, Paris, 2002, La documentation française.

Comme le souligne le rapport du groupe de travail présidé par le professeur Reynaud sur l'usage nocif de substances psychoactives "seule la connaissance et l'acceptation de cette notion permettra une action de repérage précoce et efficace et surtout légitime" [17].

Cependant, dans notre société les représentations positives de l'alcool restent prépondérantes [18]. Selon les dernières données de l'enquête EROPP, en 2002 presque un Français sur cinq (18,8 %) cite l'alcool comme étant une drogue. Concernant les représentations des Français sur les dangers de l'alcool, des avancées importantes ont été constatées depuis 1999. Ainsi, les Français expriment des opinions plus sévères à l'égard de l'alcool qu'auparavant. Cette évolution s'observe à travers une baisse des seuils estimés de dangerosité des consommations quotidiennes : en moyenne, ce seuil est passé de 3,6 verres à 3 verres [19]. Cependant, la transformation des représentations et des comportements est lente. Elle s'effectue au rythme des générations compte tenu de l'ancrage de l'usage d'alcool dans les modes de vie et la culture ainsi que du poids de l'alcool dans l'économie [20]. L'usage d'alcool se déroule souvent à des moments et en certains lieux privilégiés de la convivialité. Par ailleurs, les modes et les manières de boire rassemblent dans des sociabilités restreintes des groupes selon leur âge, leur niveau socioculturel, leur profession et leurs origines géographiques qui participent à l'identification des communautés. Les boissons alcooliques, et le vin en particulier, sont souvent représentées comme les plus "culturels", les plus riches des symboles humains [21]. Pourtant, la consommation aiguë d'alcool provoque des troubles du comportement, responsables notamment d'une multiplication d'erreurs dans

[4] Les définitions les plus communément acceptées sont celles de l'Association américaine de psychiatrie reprise dans le manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM IV) – abus de substances - et celle de l'Organisation mondiale de la santé reprise dans la Classification internationale des maladies (CIM 10) – usage nocif.

l'exécution de tâches et d'un effet désinhibiteur pouvant induire une prise de risques. La consommation chronique est particulièrement toxique pour le foie et pour le système nerveux. En 2000, 22 500 décès ont été directement attribués à l'alcool, dont un peu plus de la moitié concernent des personnes de moins de 65 ans [2].

Dans les années 1970, la politique sanitaire française a tenté de prendre en compte ces situations de consommations excessives, en adoptant la circulaire du 23 de novembre 1970 qui institue les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA) à titre expérimental, puis celle de 1975 relative au dépistage et au traitement précoce de l'alcoolisme et qui en généralise l'expérience. Pourtant, les CHAA se sont très rapidement tournés vers la prise en charge des dépendances et ont, pour la plupart, renoncé à l'activité de prévention secondaire[5] pour laquelle ils avaient initialement été créés [22]. Cela participe du fait que les médecins français se reconnaissent comme des soignants plutôt que comme des acteurs de prévention. Comme Bouix *et al.* l'ont souligné « *les généralistes français sont traditionnellement des soignants, et parler d'alcool reste encore un sujet tabou, peu renseigné, mal repéré et évacué. De continuels efforts et incitations des pouvoirs publics, de l'université, des instances de formation continue, ont, depuis des décennies, amélioré l'approche de ces patients avec qui, il faut tout simplement trouver les mots pour le dire…* » [23].

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET OPINIONS DES MEDECINS GENERALISTES SUR LES CONSOMMATIONS EXCESSIVES D'ALCOOL EN FRANCE

La grande majorité des médecins estime que l'alcool est un problème important en médecine générale. Toutefois, l'alcool ne devient souvent une préoccupation médicale qu'à un stade tardif, lorsque le mésusage devient nocif ou s'accompagne de dépendance. La prévention précoce se heurte essentiellement au manque de formation et aux réticences des médecins généralistes à aborder la question de l'alcool [24]. Les représentations des médecins généralistes concernant le produit sont tout aussi contrastées que celles de l'opinion publique. De la consommation admise et valorisée, on passe brutalement à des représentations empreintes de jugement moral. Dès lors, la légitimité du médecin à intégrer la prévention dans sa pratique habituelle et l'adhésion du patient ne seront acquises que si les mentalités changent, de telle sorte que l'alcool puisse être considéré comme un problème "neutre" de santé, entrant dans le champ de compétences du médecin généraliste [25].

[5] Concept qui fait référence à la prévention de la prévalence selon la terminologie utilisée par l'OMS.

Connaissances du médecin généraliste des notions de risque et perception de ses propres compétences en matière d'alcool

D'après l'enquête de Bouix *et al.* [23] menée auprès de 200 médecins généralistes en 2001, la grande majorité des médecins français (90 %) a une connaissance approximative de la consommation moyenne d'alcool qui définit le consommateur à risque ainsi que des différences entre les seuils de dangerosité pour les hommes et les femmes : 4 verres pour les hommes et 2 verres pour les femmes. Par ailleurs, il est intéressant de souligner que cela correspond aux critères de risque perçus en population générale qui sont passés entre 1999 et 2002 de 3,6 à 3 verres par jour [19]. Il faut noter, cependant, que pour les hommes il existe une différence de un verre par rapport aux critères définis par l'OMS (cet organisme préconise 3 verres par jour pour les hommes et non 4). Les données de Bouix *et al.* confortent les résultats obtenus dans le cadre d'une autre enquête menée auprès des deux groupes de médecins généralistes en Ile de France [25]. Interrogés sur leurs connaissances, les répondants disent connaître les seuils évoqués pour la "consommation à risque" et sont capables de repérer les signes courants d'une consommation excessive installée (signes organiques, surtout biologiques ou gastroentérologiques, signes psychologiques d'irritabilité et d'anxiété, signes socioprofessionnels ou relationnels, etc.). En 2003, une nouvelle enquête sur les attitudes et les opinions des médecins libéraux a été réalisée en Languedoc-Roussillon auprès de 665 médecins libéraux [24]. Dans cette région, le seuil de consommation excessive d'alcool pour un homme déclaré par les praticiens était le plus souvent fixé à 4 verres par jour (37 % des réponses) et 33 % des répondants situaient ce seuil au-delà. Cette enquête a pu montrer qu'il existait un impact indiscutable ($p = 0,0001$) de la consommation personnelle d'alcool du médecin sur sa perception de la modération et de l'excès. En effet, une différence moyenne de un verre par jour pour ce seuil était observée entre les médecins déclarant une consommation d'alcool faible et ceux dont la consommation personnelle d'alcool était excessive.

D'une manière générale, ces résultats mettent en évidence que les seuils de risques ne sont pas si bien connus que cela parmi les médecins généralistes et que ce savoir n'est pas spontanément utilisé dans la pratique quotidienne [25] [24], au moins pour une partie non négligeable de médecins généralistes. Plus précisément, l'enquête de Bouix *et al.* a souligné que la moitié de praticiens enquêtés ont déclaré demander "souvent" quelle était leur consommation d'alcool à leurs patients et "parfois" pour 35 % d'entre eux. De plus, les études de Nalpas et Samuel [24, 25] ont montré que les médecins généralistes sous-estimaient la fréquence de ce problème dans leur clientèle. Une récente étude sur l'alcoolisation des adolescents et le rôle du médecin de famille dans la prévention [26] signale que les médecins ne connaissent pas la consommation d'alcool de leurs jeunes patients, qu'ils sont très peu

nombreux à aborder le problème de l'alcool et encore moins nombreux à imaginer que les adolescents vus dans leur consultation peuvent être en difficulté avec l'alcool.

En ce qui concerne les représentations que les médecins généralistes ont de leurs propres aptitudes pour prodiguer des conseils de modération sur la consommation d'alcool et accompagner un sevrage, l'enquête EURECA (*European Network on Strategies to Engage General Practitioners in Cancer Prevention*) réalisée en 1996 auprès des 300 médecins généralistes [27] met en évidence que 72 % (206) d'entre eux s'en sentent capables. Néanmoins, ils restent modestes sur les résultats concrets des conseils qu'ils prodiguent (40 % de "parfois"). L'enquête de Bouix *et al.* montre des résultats sensiblement identiques. En effet, trois médecins généralistes sur quatre estiment qu'ils sont compétents pour conseiller à leurs patients de réduire leur consommation d'alcool mais seuls 35 % d'entre eux indiquent qu'ils sont efficaces [23]. Ces données concordent avec celles mises en exergue dans le cadre du baromètre santé dans les années 1998 et 1999. Ici, sept médecins généralistes sur dix pensent qu'ils sont peu ou pas efficaces dans ce domaine. Il faut remarquer également qu'une partie importante de médecins enquêtés, près d'un quart, se dit non concernée par les conseils relatif à l'usage de drogues car aucun patient ne les aurait consultés pour ce genre de problèmes [28].

Implication des médecins généralistes dans la prévention et dans l'éducation pour la santé : difficultés rencontrées par le praticien pour parler d'alcool auprès de sa clientèle

L'implication et l'activité des médecins généralistes en matière d'alcool sont mal connues. Les premières enquêtes d'opinion françaises remontent aux années 1994-1996 [27, 29]. Le premier baromètre santé "médecins généralistes" qui a été réalisé entre 1994 et 1995 avait montré que la consommation journalière de boissons alcoolisées par le médecin était liée à un investissement moindre en éducation pour la santé. D'après l'enquête EUREKA menée en 1996, près de cinq médecins généralistes sur dix ont déclaré demander systématiquement sa consommation d'alcool à un patient apparemment en bonne santé. Cependant, l'abord systématique n'est pas si fréquent si l'on tient compte des résultats obtenus dans le cadre de l'étude menée en Languedoc-Roussillon [24] selon laquelle, l'abord systématique à chaque consultation ou lors du bilan d'un nouveau patient est marginal (respectivement 8,7 % et 19,5 % de réponses affirmatives). Par ailleurs, le sujet alcool est majoritairement abordé par le médecin lorsque celui-ci a un doute quant à l'existence d'une consommation excessive (81,7 % de réponses affirmatives à cette proposition) et/ou lorsque le patient a une pathologie (ou un traitement) contre-indiquant la prise d'alcool (46,6 % de réponses affirmatives). L'enquête de Bouix *et al.* confirme ces derniers résultats. En effet, la plupart des médecins sont incités à parler d'alcool lorsqu'ils décèlent un problème somatique lié à celui-ci. Seul 10 % des médecins

enquêtés évoquent un éventuel problème d'alcool si le trouble ne concerne que le domaine psychique ou social.

Cet investissement peu marqué des médecins généralistes dans les questions relatives à l'alcool s'explique en partie par des réticences exprimées par les propres praticiens dans le cadre des différentes enquêtes.

Souvent, les problèmes liés à l'alcool sont assimilés à l'alcoolodépendance, dont la guérison est incertaine, coûteuse et nécessite le recours à un dispositif spécialisé [25].

Par ailleurs, les médecins généralistes ont des difficultés à parler d'alcool. En effet, trois généralistes sur quatre déclarent qu'ils se sentent un peu mal à l'aise pour poser des questions sur l'alcool, qu'ils n'ont pas de critères fiables pour repérer les buveurs excessifs et qu'ils ne sont ni formés ni organisés pour donner des conseils. En outre, 80 % des médecins estiment que leurs patients pourraient s'indigner de leurs questions [23].

Arènes *et al.* mettent en évidence une ambivalence du médecin généraliste quant à son engagement dans une démarche de prévention avec ses patients en ce qui concerne l'alcool [28]. Aux yeux du généraliste, le buveur excessif n'exprimerait pas ou peu de demandes explicites. Par ailleurs, la réticence d'une partie des praticiens en la matière tient à leur sentiment de s'immiscer dans ce qu'ils peuvent considérer comme relevant de la vie personnelle et de la liberté de comportement de chaque patient. Plus profondément, cette attitude rejoint parfois une résistance du médecin vis-à-vis des relations complexes avec ses patients consommateurs excessifs d'alcool. Dans cette attitude, l'histoire personnelle du praticien vis-à-vis de son comportement addictif est consciemment ou inconsciemment présente. Le médecin doit gérer une interaction thérapeutique dont le protocole n'est ni écrit d'avance, ni complètement neutre [29].

D'après l'enquête de l'Association pour la recherche sur les maladies alcooliques (ARMA) et le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) citée précédemment [23] seule une petite majorité des généralistes déclare souhaiter travailler avec les consommateurs "à problèmes" et les trois quarts d'entre eux disent "les aimer peu".

Rôle attribué aux médecins généralistes dans la prévention des consommations excessives

Dans son rapport public de 2003, la Cour des comptes rappelle que la lutte contre les méfaits de l'alcool est une compétence de l'Etat qui nécessite un engagement politique fort. Le dépistage médical y est considéré comme le "maillon faible" de la politique sanitaire. Les médecins généralistes sont

identifiés comme des acteurs de prévention centraux du dispositif mais le rapport souligne qu'ils sont encore peu mobilisés par manque de temps, de formation et de valorisation des actes de prévention. De plus, il est rappelé que "*certains domaines charnières comme le dépistage de la consommation à risque sont délaissés*" [30]. Les professionnels semblent être d'accord sur la place potentielle du médecin généraliste en tant qu'intervenant majoritaire ou exclusif de soins primaires pour repérer les consommateurs excessifs, leur prodiguer des conseils pour qu'ils modèrent leur consommation et accompagner un sevrage ou pour orienter les alcoolodépendants vers des structures spécialisées [26] [31] [30]. Selon P. Batel [32], il existe au moins trois raisons au fait que les médecins généralistes soient les soignants les mieux placés pour repérer les patients qui présentent un risque élevé de devenir malades de l'alcool ou dépendants :

- La probabilité d'identifier un patient à risque est élevée en médecine générale (aux alentours de 20 % [7]) ;
- La place avancée du médecin généraliste : chaque année les médecins généralistes sont en contact avec 75 % de la population française [3] ;
- Le développement récent d'instruments cliniques validés par des médecins généralistes dans leur clientèle permet de standardiser une évaluation qui peut tenir lieu de traitement chez des consommateurs excessifs modérés.

Les médecins généralistes craignent fortement d'ouvrir le dialogue sur l'alcool avec leurs patients. Pourtant, ces derniers leur accordent une grande confiance à ce sujet [23, 33]. A la question "*jugez-vous que votre médecin généraliste serait dans son rôle s'il abordait avec vous les questions liées à l'alcool ?*" la réponse est positive pour 88 % des répondants qui ont participé à l'enquête de l'équipe de BMCM menée en 2002 auprès de 1 600 résidants en région parisienne [33]. Seulement 5 % des personnes interrogées pensent que leurs praticiens sont plutôt mal informés ou très mal informés sur l'alcool. Par ailleurs, les répondants montrent d'autres signes de confiance en leur médecin généraliste : ils le désignent comme le meilleur interlocuteur (21 %) après les centres spécialisés (45 %). Une minorité entre eux (19 %) considère que parler d'alcool avec son médecin est difficile (79 %). Pourtant, seuls 12 % des patients indiquent avoir reçu une recommandation de leur médecin au cours de leur vie concernant leur consommation d'alcool.

EFFICACITE ET COUT DE L'INTERVENTION BREVE DANS LA LITTERATURE INTERNATIONALE

Les travaux de recherche examinés dans la présente revue de la littérature ont été obtenus à partir de deux types de sources :

- Une recherche bibliographique à partir des années 1980 réalisée en interrogeant les bases des données "Medline" et "Toxibase" à l'aide des termes de recherche suivants : "repérage précoce", "intervention brève", "médecins généralistes", "efficacité", "méta-évaluation", "formation", "consommation excessive", "buveurs excessifs", "prévention secondaire", "alcool", "alcoologie" ;
- Les références bibliographiques existantes dans des travaux précédents.

Portée de l'efficacité de l'intervention brève dans la littérature internationale

L'intervention brève en matière d'alcoolisation excessive a intéressé un grand nombre de chercheurs au cours des trois dernières décennies. Reflet de cet intérêt croissant, plusieurs revues de la littérature ont été conduites, notamment par des universitaires ou des centres de recherche du monde anglo-saxon (aux Etats-Unis, en Australie, en Nouvelle Zélande ou au Royaume Uni) et des chercheurs du nord de l'Europe (en Finlande et au Danemark en particulier). Parmi eux, certains ont réussi à appliquer des techniques statistiques de méta-analyse. Elles ont servi, non seulement à présenter les travaux antérieurs, en les opposant ou en les rapprochant, afin de déboucher sur une conclusion synthétique – ce qui constitue l'objectif global de n'importe quelle revue systématique - mais aussi, à réaliser une synthèse quantitative de la littérature. Leur principale qualité est de permettre de tenir compte de la nature probabiliste des résultats issus des études quantitatives. En plus de sept méta-analyses tirées de la littérature, il nous a paru nécessaire de restituer les résultats des principales revues systématiques qui ont été réalisées jusqu'à aujourd'hui et dont nous avons connaissance.

La réalisation de revues systématiques de la littérature n'est pas une tâche aisée. En effet, les études incluses dans une même synthèse sont généralement difficilement comparables. Leur méthodologie est très contrastée et les concepts même de repérage et d'intervention brève ne sont pas définis de la même manière. Par exemple, il arrive très souvent que ce qui est défini comme étant une intervention brève dans une étude singulière (entre 1 et 3 consultations par exemple) soit considéré comme étant une intervention plus longue dans une autre étude (qui fait la différence entre une intervention très brève de moins de 5-10 minutes et une intervention de plus de 10 minutes).

Par ailleurs, les études individuelles incluses dans la synthèse comportent d'autres points distinctifs, souvent très variables d'une étude à une autre : les seuils de consommation définis ; le contenu de l'intervention brève ; les critères de comparaison entre les groupes observés ; la durée du suivi ; les indicateurs utilisés pour mesurer l'effet de l'intervention.

Avec plus ou moins de succès selon les synthèses, ce problème peut être résolu en sélectionnant judicieusement les études à intégrer dans la revue de la littérature. C'est le défi auquel ont été successivement confrontés les divers auteurs qui se sont lancés dans cette entreprise. Le type d'études retenues dans le cadre de différentes revues systématiques est spécifique à chaque analyse. Afin de mieux connaître les choix méthodologiques faits par les chercheurs, nous en proposons une description synthétique dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Caractéristiques des méta-analyses et autres revues systématiques de la littérature de 1993 à 2003

Auteur	Nombre d'études	Groupes d'intervention	Contenu de l'intervention	Durée de l'intervention	Lieux d'inclusion et type de repérage effectué	Durée du suivi	Mesures d'effet
T. Bien (1 993)	32	Certaines études comportent jusqu'à 3 groupes d'intervention brève (a) un conseil bref dans le cadre d'une seule consultation (b) une intervention brève de durée plus longue mais toujours dans le cadre d'une seule consultation à (c) plus d'une consultation.	Variable selon les études : des conseils brefs et structurés pour diminuer la consommation d'alcool avec délivrance d'un livret informatif sur les risques liés à l'alcool et d'autoévaluation, parfois retour au patient des résultats des tests d'évaluation, aussi certaines études proposent des conseils complémentaires (dans le cadre d'une ou plusieurs consultations).	Parfois non reportée (3/32). Variable selon les études : -de 5 à 30 minutes pour le conseil minimal (70 % des études) ; -moins de 5 séances (30 % des études)	Structures de soins primaires et spécialisées. Critères de repérage très variés chez les demandeurs de traitement et les non demandeurs.	Entre 2-120 mois selon les études. La durée médiane est de 12 mois.	Selon les études différentes mesures de sérum, de consommation et de morbidité : par exemple, niveaux de GGT[6], pression sanguine diastolique, triglycérides, quantité d'alcool par semaine ou par mois, quantité d'alcool moyenne pour la semaine dernière ou le mois dernier, nombre. de jours de maladie, etc.

[6] Gamma-glutamyltransferase.

Auteur	Nombre d'études	Groupes d'intervention	Contenu de l'intervention	Durée de l'intervention	Lieux d'inclusion et type de repérage effectué	Durée du suivi	Mesures d'effet
N. Freemantle (1 993)	6	Les études retenues ne comptent qu'un seul groupe d'intervention.	L'IB comporte : une évaluation de la consommation du patient+informations sur les risques encourus+conseil bref. Souvent l'IB est accompagnée de : livrets+ressources locales.	Non reportée sauf pour l'étude de l'OMS (Babor *et al*. 1992) : IB=1 seule séance de 20 minutes jusqu'à 4 séances de 15 minutes chacune.	Non reportée sauf pour les deux études les plus importantes (Wallace *et al.*1988/ Babor *et al.*1992). En médecine générale (Wallace *et al.*) ; en ambulatoire et dans des structures de soins primaires (Babor *et al.*) Repérage à partir du questionnaire CAGE (Wallace *et al.*) et niveaux et fréquence de la consommation d'alcool (Wallace, *al.* / Babor, *al.)*.	Non reportée sauf pour l'étude de Wallace *et al.* : un an (80 % des études individuelles retenues)	Les mesures utilisées sont variées, peu d'études utilisent des marqueurs cliniques, la plupart mesurent le changement de la consommation d'alcool à partir des données déclaratives.
M. Kahan (1995)	11	Non reportés	Intervention structurée mise en pratique par les professionnels après une formation d'environ une heure (médecins généralistes, spécialistes, personnels paramédicaux selon les études).	Les consultations ne dépassent pas les 30 minutes.	Structures de soins primaires, cliniques spécialisées, hôpitaux et échantillon en population générale. Repérage "opportuniste" positif au DSM IV.	2 mois à 5 ans	Des indicateurs cliniques + consommation déclarée par semaine.
Ashenden (1997)	6	Certaines études comportent 2 groupes d'intervention (a) une intervention brève dans le cadre d'une consultation unique (b) plus d'une consultation. Les autres ne comptent qu'un seul groupe d'intervention.	Conseils par un médecin généraliste visant à réduire la consommation d'alcool du patient et mise à disposition d'un livret informatif des risques liés à l'abus d'alcool.	Moins d'une consultation, durée en heures non indiquée	Structures de soins primaires. <2 verres/jour pour les femmes et <4 pour les hommes	12 mois (5/6)	Niveaux de GGT (5), un indicateur de morbidité (1)
A. I. Wilk (1997)	12	Certaines études comportent 2 groupes d'intervention (a) une intervention brève de moins d'une heure (b) plus d'une consultation. Les autres ne comptent qu'un seul groupe d'intervention.	Entretien motivationnel	Entre 10-15 minutes et une heure d'intervention (12/12), la majorité (7/12) prévoie des séances de suivi mais leur nombre est variable : 1-4 à >5, ceci donne une indication de l'intensité de l'intervention brève.	Lieux divers selon les études (patients recrutés en médecine générale, en ambulatoire ou hospitalisés) >20-35 verres/sem. (9) Niveau elevé de GGT CAGE/MAST positif	Entre 6-48 mois selon les études. La durée médiane est de 12 mois.	Quantité d'alcool (8), GGT + quantité d'alcool (1), nombre de jours de maladie (2), GGT (1)

Auteur	Nombre d'études	Groupes d'intervention	Contenu de l'intervention	Durée de l'intervention	Lieux d'inclusion et type de repérage effectué	Durée du suivi	Mesures d'effet
K. Poikolainen (1999)	7	Certaines études comportent un groupe témoin et 2 groupes d'intervention (a) dans le cadre d'une consultation unique (b) plus d'une consultation. Les autres ne comptent qu'un seul groupe d'intervention.	Depuis des conseils brefs pour diminuer la quantité d'alcool consommée par le patient jusqu'aux visites multiples plus ou moins espacées. Certains prévoient la délivrance d'un mémento informant sur les risques liés à l'alcool et/ou un livret d'autoévaluation (4/7) ainsi que la restitution aux patients des résultats de leur évaluation (4/7).	Du conseil bref de 5-10 minutes à > 2-5 consultations.	Par les médecins généralistes dans des structures de soins primaires - > niveau standard de consommation + positif questionnaire de repérage (5/7). - > niveau standard de consommation (1/7). - Niveau élevé de GGT (1/7)	Entre 6-12 mois selon les études	Quantité moyenne d'alcool consommé (g/semaine) et niveau de GGT.
R. Moyer (2002)	56	Certaines études comportent 2 groupes d'intervention (a) une intervention brève de moins de 5 consultations (b) des interventions de 5 consultations ou plus. Autres un seul groupe d'intervention.	Pas plus de 4 consultations. Bibliothérapie (livret d'information sur les risques liés à la consommation d'alcool, tests d'autoévaluation, …)	<= 4 consultations	Dans des structures de soins primaires et des structures spécialisées. Individus qui répondent à des avertissements ou orientés vers une structure spécialisée ainsi que des individus repérés de manière occasionnelle par leur médecin.	Très variable variant entre : > 3 mois, >3-6 mois, >6-12 mois et >12 mois.	Non indiqué
J. Ballesteros (2002)	5	Un groupe témoin et un groupe d'intervention.	L'intervention brève va du conseil médical bref à des programmes très structurés en passant par des interventions brèves motivationnelles.	5-15 minutes (4/5) dont 2 proposent des visites de renforcement dans le cadre d'un suivi. Dans le cadre d'une des études (1/5) l'IB constitue un programme long comportant plusieurs visites courtes sur un trimestre et des visites de suivi. Au total, intervention minimale ou très brève (2/5), intervention plus longue – plusieurs consultations (2/5) et intervention brève spécialisée (1/5).	Des hommes "repérage opportuniste" des patients, dans des structures de soins primaires. Niveaux élevés de GGT Quantité d'alcool: entre >21 U/sem (1/5) et >35 U/sem (4/5) selon les études.	Au moins de 6 mois. Pourcentage de perdus de vue de 40 %.	Quantité d'alcool (unités par semaine) et fréquence de buveurs excessifs au dessous des seuils de risque (<35 U/sem chez les hommes et <21 U/sem chez les femmes).

Auteur	Nombre d'études	Groupes d'intervention	Contenu de l'intervention	Durée de l'intervention	Lieux d'inclusion et type de repérage effectué	Durée du suivi	Mesures d'effet
A. Beich (2003)	8	Certaines études comportent 2 groupes d'intervention (a) une intervention brève de moins de 5 consultations (b) des interventions de 5 consultations ou plus. Autres un seul groupe d'intervention.	Du conseil pour réduction la consommation d'alcool et la délivrance d'un manuel de auto support. Parfois, suivi par téléphone (3/8). Une seule consultation (3/8) ; deux consultations (3/8) et 1-5 consultations (2/8).	Selon les études, leur durée pouvait être d'une consultation de 10 minutes à plus de 5 consultations de 5-20 minutes chacune.	Recrutés parmi les patients dans des structures de soins primaires, à partir d'un questionnaire passé lors de la consultation (8/8) : parfois un pré repérage par mél (4/8), par téléphone (1/8). Mesuré en > nombre de verres standard par semaine ou + au CAGE selon les études.	12 mois	Un indicateur ou plus cliniquement significatifs servant à mesurer le changement dans la consommation d'alcool du patient.

Source : élaboration propre

Principaux résultats et limites des premières méta-analyse et des autres revues systématiques de la littérature (1993-1997)

Les premières méta-analyses relatives aux interventions brèves auprès des buveurs excessifs remontent aux années 1993. Celle qui a été réalisée par Thomas H. Bien, William Miller et J. Scott Tonigan [34] démontre l'efficacité des interventions brèves sur la base de 32 essais cliniques randomisés contrôlés auprès de près de 6 000 buveurs excessifs. Deux méta-analyses ont été menées par ces auteurs. Ils mettent en évidence qu'une intervention comportant un conseil bref est plus efficace que l'absence d'intervention et de manière générale, aussi efficace qu'une intervention plus longue inscrite dans le cadre de plusieurs consultations.

Portant sur 6 essais cliniques, la meta-évaluation de N. Freemantle [35] démontre également l'efficacité de l'intervention brève. Selon les estimations réalisées par les auteurs, l'intervention brève amène à une réduction de la consommation d'alcool chez les consommateurs excessifs ayant participé à l'expérimentation qui avoisine les 24 % (95 %, 18 %-31 %).

En 1995, M. Kahan et ses collègues canadiens mènent une revue systématique de la littérature portant sur 11 essais cliniques randomisés contrôlés [36]. Pour les hommes, elle rapporte des réductions de la consommation d'alcool (entre 5 et 7 verres par semaine) supérieures à celles du groupe témoin ; pour les femmes, les résultats obtenus sont statistiquement incohérents.

Dans les années 1997, Ruth Ashenden, Chris Silagy et David Weller [37] présentent des résultats moins concluants sur l'efficacité de l'intervention brève. Selon les auteurs[7], seule la moitié des études examinées font apparaître que la proportion de sujets qui ont réduit leur consommation, parmi ceux qui avaient fait l'objet de l'intervention brève, est significativement supérieure à celle du groupe témoin. Des résultats plus encourageants ont paru quelques mois plus tard dans la méta-analyse de Alev I. Wilk *et al.* [38] qui a porté sur 12 essais cliniques et presque 4 000 buveurs excessifs. D'après les calculs réalisés par les auteurs, dans 2/3 des essais cliniques examinés, la probabilité de réduire ou modérer la consommation d'alcool est deux fois supérieure chez les sujets bénéficiant d'une intervention brève[8] que dans le groupe témoin.

Les résultats de cette première vague de méta-analyses des années 1993-1997 sont à prendre avec précaution en raison des problèmes méthodologiques qu'elles comportent. En effet, plusieurs auteurs ont contesté la validité des résultats obtenus (Kahan, Poikolaine, Ballesteros). En particulier, Kahan et Ballesteros ont mis en évidence le problème relatif à la non prise en compte du nombre de perdus de vue dans les analyses, qui pouvait conduire à une surestimation des résultats de 50 %. Selon Kari Poikolainen, au moins trois autres faiblesses sont à prendre en considération.

D'abord, ces premiers travaux de synthèse ne permettent pas de faire la distinction entre les interventions de 5 à 20 minutes et celles nécessitant typiquement plusieurs consultations. En second lieu, l'affectation aléatoire des sujets n'a pas été respectée de manière systématique. Enfin, les mesures utilisées (consommation hebdomadaire d'alcool, test GGT, nombre de jours depuis la dernière consommation, par exemple) qui ne sont pas communes à l'ensemble des études comparées, entraînent, du point de vue de cet auteur, des résultats peu rigoureux.

Afin de dépasser ces limites méthodologiques, K. Poikolainen mène sa propre méta-analyse. Il démontre l'efficacité de la démarche mais seulement chez les femmes lorsque l'intervention dépasse les 5-20 minutes (elle comporte plusieurs visites). Il conclut que les autres modalités d'intervention brève ont paru être efficaces quelques fois mais pas toujours et sans que cette valeur puisse être estimée en raison du manque d'homogénéité statistique.

[7] Suivi entre 6 mois et 1 an.

[8] De 10 à 15 minutes à 1 heure maximum.

Données actuelles

Depuis, trois autres méta-analyses ont été réalisées. Les principaux résultats sont exposés ci-dessous :

En 2002, la revue Addiction publie le travail de recherche de Moyer A. *et al.* [39]. L'objectif a été de rassembler de nouveaux constats mettant en évidence l'efficacité de l'intervention brève dans les conditions habituelles de la pratique des professionnels de santé. Cette investigation conclut à l'efficacité de l'intervention brève par rapport à l'absence d'intervention. Les résultats ne sont pas significativement différents entre les interventions brèves et les interventions plus intensives. Toutefois, il est fortement recommandé que les généralisations soient limitées aux populations étudiées, aux caractéristiques de l'intervention et du traitement ainsi qu'aux contextes particuliers de chaque étude, compte tenu du fait que les résultats peuvent varier selon le type d'échantillon examiné.

En 2002 également la revue espagnole la Gaceta Sanitaria publie la méta-analyse de J. Ballesteros, J. Arino, A. Gonzalez Pinto e I. Querejetad [40] qui porte sur 4 études menées en Espagne en médecine de premier recours. Il s'agit de la deuxième meta-évaluation réalisée dans un pays méditerranéen. Elle actualise les résultats de la première méta-analyse menée également par J. Ballesteros en 2000, en intégrant de nouvelles études espagnoles existantes sur le sujet. Elle conclut à l'efficacité modérée de l'intervention brève.

La dernière méta-analyse que nous présenterons ici est celle menée par Anders Beich, Thorkil Thorsen de l'université de Copenhague en collaboration avec Stephen Rollnick [41] de l'université des Pays de Galles (2003). Il s'agit de la méta-analyse la plus récente dont nous ayons connaissance. C'est la première à examiner l'efficacité des programmes de repérage et d'intervention brève en médecine générale. Menée sur 8 études récentes, cette méta-analyse ne conteste pas l'efficacité de l'intervention brève. Cependant, elle remet en question l'intérêt du repérage systématique en médecine générale, en raison du très grand nombre de personnes qu'il faut repérer pour qu'une seule d'entre elles tire bénéfice d'une intervention (dans un rapport de 2 à 3 pour mille 12 mois après l'intervention).

Parus dans le *British Medical Journal,* ces résultats ont provoqué une très vive polémique entre les spécialistes. Des chercheurs de renommée internationale comme Nick Heather ou Peter Andersen ont pointé des erreurs dans les hypothèses sur lesquelles Anders Beich *et al.* ont basé leurs conclusions. De plus, la méthode d'analyse est peu rigoureuse pour tirer de conclusions de cette nature. Ce type de conclusions doit s'appuyer sur des méthodes économiques de type coût efficacité ou coût bénéfice

permettant de comparer les résultats entre des options alternatives. Les débats sur le site internet du journal abondent dans ce sens :

- "Compte tenu de l'importance de la prévalence de l'alcoolisation dans la population générale, le repérage précoce des buveurs excessifs reste la stratégie qui a le meilleur rapport coût efficacité. En effet, le repérage permet une intervention plus précoce à un coût relativement faible avant que les problèmes n'apparaissent et que les coûts ne se multiplient" (Endiriweera, B.R., Desaprya Research Associate – BC Injury Research and Prevention Unit, Centre for community child health research) ;
- "Dans le cadre de la prévention, il est nécessaire de réaliser un nombre de repérages important pour qu'un seul patient bénéficie d'une intervention, ce qui ne remet pas en cause la validité du repérage" (Vinson DC, Professor University Missouri-Columbia).

Tableau 2 : Conclusions des auteurs sur l'efficacité de l'intervention

Auteur	Nb. d'études	Méta-analyse	Conclusion des auteurs sur l'efficacité de l'intervention
T. Bien (1 993)	32	Oui	Les résultats sont restitués sur la base de l'estimateur de l'effet aussi connu comme la grandeur de l'effet, la taille de l'effet ou impact de l'effet. Il mesure la force de la relation entre deux variables. Intervention brève vs. témoin (19/32): L'impact de l'effet moyen de l'intervention comparée au groupe témoin est estimé à 0,38. Les auteurs concluent à l'efficacité de l'intervention comparée à la non-intervention. Intervention brève *vs.* intervention plus longue/traitement standard (plusieurs consultations) (13/32) : L'estimation de la grandeur de l'effet moyen qui n'est que de 0,06 est marginale. Pas de différence statistique. Cependant, ces mesures moyennes n'ont pas été pondérées pour tenir compte de la taille de l'échantillon des études ni leur variance. Les tests d'homogénéité n'ont pas été réalisés.
N. Freemantle (1 993)	6	Oui (6)	L'effet global mesurant la réduction de la consommation d'alcool est de 24 % supérieur dans le groupe d'intervention comparé au groupe témoin (intervalle de confiance de 95 % = 18-31% réduction). Résultats statistiquement cohérents.

Auteur	Nb. d'études	Méta-analyse	Conclusion des auteurs sur l'efficacité de l'intervention
M. Kahan (1995)	11	Non	Les quatre études individuelles qui ont obtenu les "cotes de validité" les plus élevées ont révélé que les hommes des groupes d'intervention ont réduit leur consommation hebdomadaire d'alcool de 5,6 ou 7 verres standards de plus que les hommes des groupes témoins. Les résultats ont été significatifs chez les femmes. Les auteurs n'ont pas trouvé de preuve convaincante de baisse de la morbidité liée à l'alcool chez les hommes ou chez les femmes.
Ashenden (1997)	6	Non	Les résultats ne sont pas concluants : une diminution significative du niveau de consommation d'alcool est observée pour la moitié des études examinées.
A. I. Wilk (1997)	12	Oui (12)	Les résultats sont restitués sur la base du "Odds Ratio" (OR) qui sert à décrire le risque relatif de l'occurrence d'une situation. Le "Odds ratio" est de 1,91 (intervalle de confiance de 95 % = 1,16-2,27) en faveur de l'intervention brève, pas de niveaux significatifs d'hétérogénéité entre les OR calculés pour les différentes études incluses dans la synthèse. Selon les auteurs, la diminution du nombre de buveurs excessifs est de 1,91 comparé au groupe témoin, à 6 et 12 mois, indépendamment du sexe, de l'intensité de l'intervention et du contexte clinique (patients en ambulatoire ou hospitalisés). Les tests d'homogénéité montrent qu'aucune de ces comparaisons n'est significative à $p < 0,05$.
K. Poikolainen (1999)	7	Oui (7)	Les résultats sont restitués sur la base de l'estimateur de l'effet. Pour les interventions répétées (plusieurs consultations) ou de plus de 20 minutes, l'auteur rapporte une réduction significative de la consommation (51 g par semaine) chez les femmes. Ce résultat ne s'appuie que sur 2 des études incluses dans la synthèse. L'auteur met en évidence également que les estimateurs de l'effet sont en faveur de l'intervention très brève (d'une durée de 5-20 minutes) comparé au groupe témoin faisant apparaître une réduction dans la consommation d'alcool de 70 g par semaine et une baisse dans les niveaux de GGT de 9,4 unités/litre. Les interventions plus longues (plusieurs visites) ont également des estimateurs significatifs montrant une réduction de la consommation d'alcool de 65 g par semaine mais pas de baisse dans les niveaux de GGT. Cependant, l'auteur signale que ces résultats qu'ils soient chez les hommes ou chez les femmes ne sont pas conclusifs en raison d'un manque d'homogénéité statistique.
R. Moyer (2002)	56	Oui (54)	La grandeur de l'effet de l'intervention chez les patients non demandeurs de traitement est de 0,67 ($p<0,001$) à 3 mois, 0,16 ($p<0,001$) entre 3 et 6 mois, et 0,26 ($p<0,001$) entre 6 et 12 mois. Au-delà de 12 mois, l'effet n'est plus significatif. Pour les études portant sur des patients demandeurs de traitement l'effet n'est pas significatif (tailles de l'effet non significativement différentes de zéro).

Auteur	Nb. d'études	Méta-analyse	Conclusion des auteurs sur l'efficacité de l'intervention
J. Ballesteros (2002)	5	Oui (4)	Les résultats sont restitués sur la base de 2 mesures : (1) la déviation typique de la consommation d'alcool et (2) le "Odds Ratio" (OR) de la proportion de buveurs excessifs selon les niveaux de risque. Les auteurs mettent en évidence que la diminution du nombre de buveurs excessifs de 1,55 (OR = 1,55) comparé au groupe témoin. Ils souhaitent nuancer ce résultat, à cause du pourcentage de perdus de vue qui est de 40 % (surestimation estimée à 50 %). Ils concluent à l'efficacité modérée de l'intervention brève.
A. Beich (2003)	8	Oui (8)	Selon les auteurs, la diminution du nombre de buveurs excessifs en dessous des seuils recommandés est de 2,6 (intervalle de confiance de 95 % = 1,7-3,4) comparé au groupe témoin, à 12 mois.

Source : élaboration propre

A l'exception de l'une d'entre elles – pour des raisons de manque d'homogénéité statistique - (Poikolainen, 1999), toutes les méta-analyses ici examinées concluent à l'efficacité de l'intervention brève. Les deux revues de la littérature qui n'ont pas donné lieu à une méta-analyse formelle (Kahan *et al.,* 1995 et Ashenden *et al.*, 1997) ont obtenu des résultats moins concluants. Cependant, ces deux derniers travaux ne tiennent pas compte de la nature probabiliste des résultats issus des études quantitatives et par conséquent, ils sont moins significatifs.

Certes, les différents travaux ici exposés suscitent des critiques. Néanmoins, au vu du grand nombre d'individus inclus dans les essais cliniques démontrant un effet significatif, les chercheurs s'accordent sur le fait que l'efficacité de l'intervention brève a été montrée au-delà des doutes raisonnables [39, 42-44].

Selon les critères établis par le "*Preventive Service Task Force"* nord-américain, le degré de validité et de sécurité que l'on pourrait attribuer aux recommandations issues de ces travaux serait de niveau A ou B. C'est-à-dire, qu'il existe une quantité importante de preuves (niveau de sécurité A) ou que les preuves sont en nombre suffisant (niveau de sécurité B) pour recommander que l'intervention soit intégrée dans les examens cliniques périodiques faits dans la pratique médicale.

Encadré 5 : Degré de qualité des preuves scientifiques

Degré I : Des résultats issus au moins d'un essai clinique aléatoire contrôlé, réalisé selon les méthodologies requises.

Degré II-1 : Des résultats obtenus à partir d'essais cliniques non randomisés.

Degré II-2 : Des résultats issus d'une étude de cohorte ou d'une étude de cas réalisée selon les méthodologies requises.

Degré II-3 : Des résultats tirés de séries de cas multiples avec ou sans intervention.

Degré III : Des opinions des autorités scientifiques renommées dans le domaine sur la base de l'expérience clinique, des études descriptives ou des rapports de comités d'experts.

Source : *Preventive Service Task Force*

Encadré 6 : Niveau de validité et de sécurité des recommandations à prendre en compte pour la réalisation d'examens cliniques périodiques.

A. Il existe une quantité importante de preuves pour appuyer la recommandation selon laquelle l'intervention doit être spécifiquement intégrée dans l'examen clinique.

B. Il existe assez de preuves pour appuyer la recommandation selon laquelle l'intervention doit être spécifiquement intégrée dans l'examen clinique périodique.

C. Il existe peu de preuves pour inclure l'intervention dans un examen clinique périodique mais il pourrait se recommander par d'autres raisons.

D. Il existe assez de preuves pour appuyer la recommandation selon laquelle l'intervention doit être exclue de l'examen clinique périodique.

E. Il existe une quantité importante de preuves pour appuyer la recommandation selon laquelle l'intervention doit être exclue de l'examen clinique périodique.

Source : *Preventive Service Task Force*

Les données sont plus ou moins stabilisées par rapport à l'efficacité de l'intervention brève sur le court ou moyen terme. Aucune revue systématique de la littérature ne se fonde sur des études individuelles ayant porté sur des observations de plus de 10 ans. Néanmoins, il existe des essais cliniques sur l'efficacité de l'intervention brève à 8, 7 et 10 ans. La plus récente est celle de l'équipe australienne du programme de l'OMS [45] menée sur une cohorte de 554 patients non dépendants. Elle a porté sur l'efficacité de l'intervention brève à neuf mois et dix ans. Cette étude a mis en évidence qu'à 9 mois les niveaux de consommation d'alcool sont significativement plus bas et que les comportements de consommation observés entraînent moins de risque pour la santé des patients. L'analyse à long terme n'a pas réussi à démontrer que l'intervention brève - sans mesure d'accompagnement particulier – générait des réductions significatives de la consommation des buveurs excessifs. Bien entendu, ces résultats doivent faire l'objet de nouvelles recherches pour que les conclusions puissent être validées.

S'interroger sur les mesures d'accompagnement plus ou moins régulier - comme facteur déterminant de l'efficacité de l'intervention brève à plus long terme - nous paraît avoir toute sa pertinence.

Le coût du RPIB

Si l'intérêt d'une promotion le RPIB s'avère souhaitable en termes de santé publique, il subsiste au moins, une question cruciale, celle relative à son coût. La prise en considération des implications économiques est d'une importance évidente. Cependant, dans la littérature, il existe peu d'analyses économiques sur les interventions brèves en matière d'alcool. Celles qui existent font apparaître que le RPIB a un bon rapport coût efficacité [46]. L'étude économique la plus récente est celle de Michael T. French [47] qui compare deux analyses coût efficacité (RPIB *vs.* groupe témoin). Selon cette étude, la réduction de coûts médicaux (urgences, hospitalisations) dans le groupe d'intervention génère une économie moyenne (USA$ 1 993) de 523 $ par patient (soit 392 €) par rapport aux coûts observés dans le groupe de contrôle. Les bénéfices en termes d'accident et de délits s'élèvent à 629 $ par patient (soit 471 €). D'après cette étude, le coût du repérage représente la moitié du coût total de l'intervention et dans sa globalité les bénéfices dépassent les coûts (estimés à 205 $ par patient, soit 154 €). Une autre étude incontournable est celle de Fleming *et al.* publiée dans le *Medical Care* en 2000 [48]. Elle a été la première à estimer - sur la base d'une cohorte de patients - le bénéfice net du RPIB généré pour le système de santé et la société nord-américains. L'analyse coût bénéfice[9] réalisée dans le cadre de cette étude estime (USA$ 1 993) à 56 263 $ le bénéfice total généré par le RPIB pour une dépense initiale de 10 000 $.

La question qui se pose à présent est de savoir quelles sont les stratégies concrètes de diffusion du RPIB auprès des médecins généralistes qui ont le meilleur coût efficacité. Cela a été, en partie, l'objectif la dernière étape de la phase III du programme de l'OMS.

Une première étude comparative réalisée sur la base d'une cohorte de 628 médecins en Australie [49] a mis en évidence que, parmi les trois stratégies de marketing utilisées pour mobiliser les médecins généralistes - le marketing postal, téléphonique ou en "face à face" -, la stratégie qui a le meilleur coût efficacité pour encourager les médecins généralistes à accepter de mettre en pratique le RPIB, est le marketing téléphonique. Il s'est avéré que le coût du télémarketing (AUS$ 1996) s'élevait à 5,35 $ par

[9] Les analyses coût efficacité diffèrent considérablement des analyses coût bénéfice. Les analyses coût efficacité comparent des coûts avec des résultats thérapeutiques par exemple, alors que les analyses coût bénéfice comparent des coûts avec des bénéfices financiers ; dans ce cas, les résultats non monétaires doivent être convertis en unités monétaires.

médecin généraliste acceptant de participer au RPIB (soit 3,20 €). Bien que le "face à face" ait été plus efficace que le marketing postal, son coût a été 3 fois plus élevé.

Dans le cadre de cette même étude, quatre stratégies alternatives de formation/soutien ont été évaluées. Parmi ces stratégies, la formule qui comportait une formation de très courte durée combinée avec un soutien de type "minimal"[10] s'est avérée être moins efficace[11] et plus chère.

Concernant les trois autres stratégies – (a) pas de formation ni de soutien particulier, (b) formation sans soutien et (c) formation avec un soutien de type "maximal"[12] - les résultats de l'étude n'ont pas été concluants. En 2001, une nouvelle étude est venue apporter des éléments d'analyse complémentaires [50]. Elle a montré que la stratégie présentant le niveau de soutien le plus élevé est celle qui a le meilleur coût efficacité en termes de nombre d'années de vie gagnées. Selon cette étude, les coûts du RPIB par patient (AUS$ 1996) varient entre 19,14 $ et 21,50 $ (soit entre 11,46 € à 12,87 €). Il ressort également que le coût d'une année de vie gagnée représente moins de 1 873 $ (soit 1 122,25 €).

De manière générale, il faut garder à l'esprit que le coût du RPIB est très raisonnable par rapport aux gains potentiels en termes de santé publique. Les coûts directs à prendre en compte vont dépendre du type d'outil de repérage, du cadre de dispensation du RPIB (approche opportuniste, interventions de prévention, etc.), du type de professionnel qui dispense le RPIB (médecin de famille ou médecin du travail en médecine générale, infirmier à l'hôpital par exemple) et enfin, du contenu de l'intervention brève. La composante principale des dépenses liées au RPIB est le coût du temps employé par le professionnel pour dispenser le RPIB. Le coût des livrets d'information et des autres supports est également à prendre en considération pour calculer le coût global de l'intervention.

Encadré 6 : Coûts potentiels du RPIB

Coûts directs

- ETP de professionnels dispensant le RPIB
- Matériaux utilisés pour l'intervention

Coûts associés

- Formation des professionnels
- Stratégies pour motiver les professionnels à intervenir de manière routinière (primes, campagnes de communication, diffusion de brochures informatives)
- Recours aux services de soutien (plus de consultations)
- Plus grand recours aux structures spécialisées.

Source : Freemantle *et al.* "Brief interventions and alcohol use" in Quality in Health Care 1 993;2:267-273

[10] Une courte formation auprès du médecin et de la réceptionniste du cabinet médical, suivie 15 jours après d'une aide téléphonique auprès exclusivement de la réceptionniste sur comment réaliser la collecte des données, réitérée tous les 15 jours.

[11] Ces résultats ont été mesurés à partir du nombre de personnes qui ont fait l'objet d'une intervention.

[12] Formation de courte durée accompagnée d'un soutien téléphonique tous les 15 jours pendant 3 mois.

Les cinq études de cas

Cette section propose une monographie de stratégie de promotion du RPIB élaborée dans les cinq régions retenues : l'Aquitaine, la Bourgogne, la Bretagne, la Champagne Ardenne et l'Ile de France. Les monographies couvrent les six volets suivants :

La première composante des monographies régionales présente la genèse des initiatives RPIB. Il s'agit ici d'examiner les facteurs clés qui ont déterminé l'adoption de la stratégie dans la région, au regard des principales opportunités et des motivations majeures qui ont amené les acteurs locaux à définir leur stratégie RPIB. Cette partie décrit également le processus de conception du projet ainsi que la place que la stratégie occupe effectivement dans la politique sanitaire régionale. Elle présente les partenaires qui ont été mobilisés pour la définition, mise en pratique et les financements du projet RPIB. En second lieu, les monographies régionales décrivent le dispositif de formation adopté et ses modalités organisationnelles : "*background*" des formateurs recrutés pour intervenir dans la région ; organisation spécifique des formations ; stratégies de mobilisation et de recrutement des médecins généralistes déployées. Compte tenu des niveaux d'avancement très contrastés des stratégies régionales, il a paru important de consacrer une place distincte aux échéanciers de leur mise en œuvre. C'est l'objet de la troisième partie des monographies régionales. En quatrième lieu, les dispositifs d'évaluation mis en place sont présentés ainsi que les principaux résultats obtenus : opinions du grand public ou des professionnels dans les régions examinées ; appréciation des médecins formés en ce qui concerne les formations suivies ; changements des pratiques des médecins formés ; impact sur les patients. Enfin, les points forts et les obstacles majeurs rencontrés par les acteurs interrogés sont exposés ainsi que les perspectives en vue. En fin de chapitre, une fiche synthétique reprend les principales caractéristiques de la stratégie régionale considérée.

AQUITAINE

GENESE DU PROJET RPIB DANS LA REGION

Principales opportunités, motivations majeures

En Aquitaine, la construction de la stratégie de formation des médecins généralistes au repérage précoce et à l'intervention brève procède clairement de l'inscription d'un tel projet au sein du PRS alcool 2001-2006. La réduction d'un usage à risque et/ou nocif par un repérage précoce suivi d'un conseil minimal constitue l'un des axes stratégiques consignés dans le plan. De plus, parmi les six axes stratégiques qui donnent corps au PRS, celui qui porte sur le RPIB (axe 3) ainsi que celui qui prône un développement de la formation des intervenants professionnels et bénévoles (axe 5) ont été reconnus comme prioritaires par le comité régional des politiques de santé. Certes, la stratégie régionale n'a pas été bâtie et portée par la DRASS seule, mais c'est bien à son impulsion que le projet a été lancé et le PRS alcool, tel qu'il a été conçu, fournit un puissant cadre et support d'action pour les acteurs qui se sont saisi du dossier RPIB dans la région.

Plusieurs facteurs ont retenu l'attention des autorités sanitaires et déterminé l'adoption d'un tel projet. Parmi eux, l'état effectif de la problématique alcool dans la région validé par l'enquête conjointe DREES/ORS/OFDT a été mis en avant [51]. Les données épidémiologiques sont venues conforter le souci de lutter contre un problème majeur de santé publique mais n'ont pas commandé, à elles seules, les orientations du PRS. Diverses lacunes inhérentes à l'organisation du système de soin en matière d'alcool dans la région ont joué un rôle décisif. Entre autres éléments, citons la modestie des moyens dévolus au champ de la prévention, l'absence de stratégie organisée de prévention, de soins et de formations associant l'ensemble des partenaires, la méconnaissance des soignants vis-à-vis de la problématique "alcool" – en particulier concernant la réalité des risques liés à la consommation excessive d'alcool en dehors de la dépendance- ainsi que leur penchant à sous-estimer leur capacité à agir avec efficacité auprès des consommateurs à problèmes [52, 53]. Par ailleurs, le renouvellement de l'approche des usages de substances psychoactives développé dans un certain nombre de rapports [17, 54] et formalisé dans le plan gouvernemental 1999-2001 de la MILDT a eu un impact certain dans

la volonté de réorienter la stratégie régionale. Les données de la littérature attestant de l'efficacité du RPIB pour une réduction des risques dans la population en particulier non alcoolo-dépendante ainsi que l'existence de nouveaux outils pour les médecins généralistes ont encore renforcé cette volonté. En plus de ces éléments, l'action des autorités sanitaires en faveur d'un projet RPIB a été fortement stimulée par la présence sur le terrain d'un certain nombre d'acteurs non encore engagés dans des démarches RPIB mais dont les activités attestaient d'un tel besoin.

Ainsi, dans le Médoc et dans le Pays Basque, zones de mortalité prématurée liée à l'alcool relativement plus élevée que la moyenne régionale, le PRS a rencontré les préoccupations de professionnels membres d'un réseau alcool pour le Médoc et des professionnels impliqués dans l'Equipe de Liaison et de Soin en Addictologie (ELSA), dans le réseau RESAPSUD et à l'ANPAA 64, pour le Pays Basque. Sur ces deux sites, les professionnels de terrain oeuvraient auprès de publics en difficultés avec l'alcool et souvent en situation de précarité, mais leur engagement gagnait à être soutenu et renforcé. En effet, la faiblesse du partenariat, l'isolement des médecins généralistes en zone rurale, la méconnaissance du dispositif de soin en alcoologie constituaient de puissants freins à leurs interventions.

Sur la Communauté Urbaine de Bordeaux (CUB), le PRS a rencontré les intérêts du réseau addictologie gironde "AGIR 33" motivé pour la formation de professionnels de santé en matière d'addictologie. En particulier, partant du constat de la faible mobilisation des médecins libéraux sur la thématique alcool, le réseau était désireux de mener une action de sensibilisation à leur endroit et travaillait à la constitution d'un dossier FAQSV à cet effet. Le lancement concomitant du PRS a favorisé la concrétisation de ce projet. Agir 33 a traduit sa volonté de sensibilisation des médecins dans les termes du RPIB dans le même temps que les autorités sanitaires rencontraient un porteur de projet pour cette action en Gironde.

Au total, le PRS alcool a pris corps en lien avec un terreau local susceptible d'accueillir le projet RPIB dans le même temps qu'il le justifiait. Il procède de dynamiques plurielles ainsi que de besoins émergents dans la région. La construction de la stratégie RPIB est aussi le fruit de l'implication conjointe d'acteurs d'horizons professionnels différents ainsi que de leur capacité peu commune à œuvrer en synergie.

Conception du projet RPIB

La stratégie RPIB élaborée en Aquitaine s'est construite en deux temps. Le premier coïncide avec l'élaboration du PRS alcool, le second correspond à la définition des deux modèles d'action

respectivement portés par les réseaux d'addictologie "Agir 33" en Gironde et RESAPSUD[13] au Pays Basque. Ces deux zones géographiques ont été délimitées au titre de site pilote avant une diffusion régionale et afin d'affiner la stratégie à mesure de l'avancée des actions.

Un socle commun lié à l'élaboration du PRS Alcool

Afin de donner corps à la stratégie de promotion du RPIB – axe 3 du PRS-, les autorités sanitaires ont constitué dès 2000 un groupe de travail régional. Il a associé des médecins libéraux - URMLA, UNAFORMEC, Réseaux d'addictologie -, des médecins hospitaliers spécialisés en alcoologie, des médecins de prévention - centre d'examens de santé, médecine du travail - et des acteurs de prévention, soit l'ensemble des acteurs institutionnels ou professionnels intervenants ou susceptibles d'intervenir dans le champs de l'alcoologie. De plus, un poste de coordonnateur technique à mi-temps spécifiquement dédié à la mise en œuvre des projets RPIB a été créé. Rattachée à la délégation régionale de l'ANPAA, la professionnelle concernée a réalisé dans un premier temps une enquête d'un an afin de détecter les besoins en formation, avant de se consacrer à la mutualisation des outils, à la stimulation des partenariats et à l'accompagnement des formations adressées aux médecins généralistes.

Le groupe de travail régional a défini et engagé plusieurs types d'actions permettant le lancement de la stratégie : une rencontre des professionnels sur les territoires, des actions de communication à destination des professionnels, des actions de médiatisation grand public, une formation des futurs formateurs.

Ainsi, des rencontres territoriales ont été organisées sur les deux sites pilotes retenus. Les réseaux locaux actifs et reconnus sur ces zones - réseaux alcool médoc et clinique de Lesparre pour le Médoc, RESAPSUD et CDPA pour le Pays Basque - y ont convié des leaders d'opinion ainsi que les présidents des associations de formation médicale continue.

Dans la même logique de mobilisation des professionnels, divers types de communications leur ont été adressés. La DRASS a confectionné un courrier à destination de l'ensemble des présidents de formation médicale continue de la région afin de les enjoindre à retenir le RPIB parmi les thèmes des formations prévues en soirées. De plus, le groupe de travail régional a élaboré des documents afin de sensibiliser les médecins généralistes et d'essaimer un terreau favorable à la réception de l'action parmi les médecins spécialistes, les professionnels de la prévention et l'ensemble des personnes ressources

[13] Partie prenante du réseau Toxicomanie Ville/Hôpital implanté au centre hospitalier de Bayonne, le Réseau RESAPSUD en constitue le pôle "Ville", l'Equipe de Liaison et de Soin en Addictologie focalisant le pôle hospitalier du réseau

dans les territoires. Présentation synthétique du RPIB et de ses enjeux, le document "La preuve par 9" accompagné d'un courrier conjoint de la DRASS et de l'URCAM a ainsi été envoyé à l'ensemble des médecins généralistes de la région [55]. Ce courrier comportait également un marque page répertoriant les structures ressources en alcoologie et addictologie existant sur les départements. "La preuve par 9" a aussi été envoyée à des spécialistes -cardiologues, gastro-entérologues, psychiatres- concernés par les conséquences de l'alcool sur les pathologies qu'ils traitent, à des médecins du travail, au président de l'université, aux doyens des facultés, aux présidents des CME des établissements publics et privés, aux conseils départementaux de l'ordre des médecins, aux structures de prévention de soins en alcoologie, addictologie, éducation pour la santé – CDPA, CSST, CODES, CRAES, réseaux.

Par ailleurs, les membres du groupe de travail régional ont d'emblée considéré que les formations seules ne pouvaient suffire à l'adoption du RPIB par les médecins. La médiatisation de la stratégie à l'endroit de leur clientèle et du grand public est apparue comme incontournable afin de légitimer l'action des praticiens et de les accompagner dans leur démarche. Dès lors, le lancement du PRS alcool ses objectifs prioritaires ainsi que l'action RPIB ont fait l'objet de diffusions multiples et diversifiées (presse grand-public, radios et télévisions locales).

Enfin, dernier volet d'action du lancement de la stratégie régionale, la formation des formateurs a été travaillée dans le cadre du groupe de travail régional puis complétée par l'intervention d'un expert de l'équipe de Boire Moins C'est Mieux (BMCM) lors d'une journée de formation spécifique. La démarche pédagogique ainsi que les messages déterminants à pointer lors des formations y ont été présentés et discutés.

Au total, à l'impulsion des autorités sanitaires, l'ensemble des supports nécessaires à la concrétisation d'une formation des médecins généralistes au RPIB dans la région a été mis en place. Sur ces bases, deux types de déclinaisons régionales ont vu le jour. Parties prenantes du groupe de travail régional initial, les porteurs du projet pour la Gironde et pour le Pays Basque ont façonné une stratégie personnalisée en fonction de leurs opportunités et contraintes respectives.

Deux déclinaisons de la stratégie régionale

En Gironde, la formation de médecins généralistes au RPIB a été conçue sur le modèle d'une recherche-action. Près de 100 médecins généralistes ont été recrutés (*Cf.* page 48) dans un protocole incluant une formation au RPIB suivie d'une expérimentation d'une année soumise à évaluation. En plus de former un grand nombre de médecins généralistes au RPIB, la finalité poursuivie par le porteur de projet consistait en une évaluation de la stratégie de mise en place du RPIB en médecine générale. Les

principaux objectifs poursuivis consistaient donc à évaluer l'impact des formations sur la pratique réelle des médecins généralistes ainsi que sur leur vécu de la problématique alcool. Il s'agissait également d'améliorer la stratégie et éventuellement les outils à partir de l'expertise des médecins généralistes concernés [56].

Au Pays Basque, la stratégie RPIB a été définie sur la base de l'exhaustivité : former l'ensemble des 300 médecins généralistes du site. Les formations ont été organisées suivant une double déclinaison : d'association avec le dispositif local de formation médicale continue et d'entretiens individualisés au cabinet du médecin généraliste. Le projet initial prévoyait la formation de 100 médecins généralistes en soirées et 200 en entretiens confraternels.

Inscription du projet RPIB dans le schéma local d'intervention des autorités sanitaires

En Aquitaine, on assiste à une véritable synergie entre les priorités institutionnelles et les visées des professionnels porteurs des projets RPIB ou partenaires. D'évidence, la promotion du RPIB par les médecins généralistes au titre d'axe prioritaire du schéma régional d'intervention en est l'élément fondateur. Cet axe 3 du PRS établit l'ensemble des orientations nécessaires à la mise en œuvre d'un tel programme d'action. Les médecins généralistes d'Aquitaine sont ciblés au titre de bénéficiaires directs de l'action et celle-ci est clairement définie à destination des personnes ayant une consommation à risque ou excessive d'alcool. L'intervention des médecins généralistes est conçue en quatre points qui répondent exactement aux exigences du RPIB telles qu'elles sont établies dans la littérature. Il s'agit en effet pour les médecins généralistes d'aborder systématiquement la question de l'alcool avec chaque consultant afin de repérer les personnes en difficulté, de les informer de la réalité du risque, de les sensibiliser à l'intérêt d'une réduction de la consommation et de les accompagner dans une telle démarche [52]. Par ailleurs, la fiche action relative à l'axe 3 du PRS stipule l'élaboration de documents à destination des publics concernés par des consommations à risque afin de les sensibiliser aux bénéfices d'une réduction de leurs consommations. Sont également prévues une sensibilisation des médecins aux enjeux de la démarche, des formations avec délivrance d'outils facilitant l'adoption du RPIB - notamment les questionnaires DETA, AUDIT ainsi que les documents de l'INPES -, une médiatisation large légitimant l'action des médecins ainsi qu'une évaluation globale de la stratégie à l'œuvre dans des sites pilotes avant généralisation de la démarche à toute la région.

Dès lors, bien plus qu'un cadrage global, l'axe 3 du PRS alcool établit minutieusement l'ensemble des déterminants permettant d'asseoir une réelle stratégie de promotion du RPIB dans la région. Pour autant, si solides soient-elles, les données programmatiques consignées dans des programmes

régionaux de santé ne voient pas forcément le jour. Leur réalisation sur les territoires reste suspendue à des déterminants qui excèdent leur pertinence propre. En Aquitaine, la concrétisation de la promotion du RPIB doit beaucoup au type d'animation institutionnelle qui a été organisé autour de ce projet notamment au travers du groupe de travail régional. Elle doit également à la philosophie globale du PRS ainsi qu'à la cohérence interne entre tous les axes stratégiques retenus. En effet, La réduction des dommages dus à une consommation à risque et/ou dangereuse d'alcool n'est pas seulement attendue de la mise en œuvre de l'axe 3, elle est l'objectif général du PRS. Par ailleurs, volontairement non hiérarchisés dans le plan, les autres axes stratégiques retenus viennent nourrir la stratégie RPIB et nombre de points priorisés dans ces axes ont été repris dans les projets élaborés en Gironde et dans le Pays Basque.

Au total, on assiste dans la région à une véritable communauté de vue entre les finalités inscrites dans le programme régional de santé et dans les projets RPIB mis en œuvre dans les territoires. Cela procède massivement de la stratégie participative adoptée et continûment activée pour la définition de l'axe 3 du PRS. D'emblée les autorités sanitaires ont choisi d'associer l'ensemble des partenaires à la construction du projet RPIB. Un travail considérable a été consacré à la mutualisation des énergies et des compétences notamment au sein du groupe de travail régional. Très concrètement, l'ensemble des membres de ce groupe a œuvré ensemble à la rédaction de kit de formations pour les médecins généralistes, à la conception et à la diffusion des documents utiles aux médecins généralistes et aux patients, à la médiatisation du projet ainsi qu'à la formation des formateurs.

Partenariats et financements

Les projets RPIB menés en Aquitaine ont vu le jour grâce à un tissu partenarial dense et diversifié réuni au sein du groupe de travail régional. La DRASS et l'URMLA ont joué un rôle moteur pour le pilotage de ce groupe et la mise en œuvre de l'ensemble des actions ayant permis de lancement de la stratégie - rencontre de professionnels, actions de communication et de médiatisation, formation des formateurs. La DRASS et la délégation régionale de l'ANPAA ont également favorisé la mise en œuvre des projets par la création en leur sein d'un poste de coordination. L'équipe du programme Boire Moins C'est Mieux a soutenu le démarrage de la stratégie par une mutualisation des outils et un partage des expériences lors d'une journée de formation au sein du groupe de travail régional. Enfin, l'INPES est un partenaire privilégié pour l'accompagnement de la stratégie régionale et de ses déclinaisons locales par la fourniture d'outils de communications relatifs aux problématiques d'alcoolisations à destination du grand public, des médecins généralistes et de leur clientèle.

Partenaires Financeurs

En plus du financement consacré à la médiatisation de la stratégie régionale, la DRASS finance avec l'URCAM le projet mené au Pays Basque. Porté par RESAPSUD, ce projet a été labellisé et financé au deuxième semestre 2003 à hauteur de 36 000 € pour un an, dont 15 365 € alloués par la DRASS et 20 634 € alloués par le FNPEIS de l'assurance maladie.

Le projet déposé par AGIR 33 dans le cadre du FAQSV a été accepté en Décembre 2002. L'URCAM lui a attribué un financement de 240 000 € pour 2 ans.

Par ailleurs, plusieurs laboratoires ont collaboré au financement des soirées de formations organisées sur les deux sites.

Autres partenaires

En Gironde, Agir 33 a pu concrétiser son projet grâce au concours du CHS Charles Perrens qui lui a apporté l'appui du coordinateur de l'Equipe de Liaison et de Soins en Alcoologie ainsi que la mise à disposition de locaux pour les réunions du comité de pilotage. Autre soutien, celui du CCAA qui s'est traduit par la mise à disposition d'experts alcoologues dont le vice président de l'ANPAA national également président du Comité Régional de Prévention de l'Alcoolisme Aquitaine. Agir 33 s'est également associé avec l'UNAFORMEC Aquitaine afin de faciliter l'organisation par le réseau de formation RPIB dans le cadre des associations de formation médicale continue. Enfin Cemka-Eval, bureau d'étude spécialisé en évaluation, épidémiologie et économie de la santé a été chargé de l'évaluation globale du projet prévue dans le dossier FAQSV.

Au Pays Basque, le projet RPIB a été mis en oeuvre en partenariat avec le centre hospitalier de la côte basque qui héberge le réseau. Un ¼ temps d'infirmier a été mis à disposition par l'ANPAA 64 notamment pour la réalisation de la moitié des visites confraternelles parties prenantes du dispositif de formation proposé. Enfin, la CPAM de Bayonne a participé à la médiatisation de l'action en adressant à tous ses affiliés un document d'information annonçant et légitimant l'action des médecins généralistes auprès des buveurs à risque d'alcool.

FORMATIONS : MODALITES ORGANISATIONNELLES

Les formateurs

Les formateurs recrutés pour intervenir en Gironde ou au Pays Basque sont essentiellement des médecins généralistes ou bien des médecins alcoologues. Un grand nombre d'entre eux dispose d'une

solide expérience en matière de formation (Professeur associé de médecine générale, formation initiale, formation médicale continue…) et, pour certains, d'une expertise relative au RPIB acquise antérieurement à l'élaboration de la stratégie régionale [57, 58]. La formule du binôme "médecin généraliste/alcoologue" a été retenue pour l'animation des formations assurées auprès des médecins généralistes.

La formation des formateurs s'est faite en plusieurs étapes et en premier lieu par le biais de la préparation du dispositif même de formation au sein du groupe de travail régional. Les futurs formateurs membres de ce groupe ont pris part à une revue de la littérature relative au RPIB ainsi qu'à la discussion des outils et messages nécessaires aux médecins généralistes pour adopter le RPIB en pratique de routine. Dans un deuxième temps, peu avant le lancement des projets de Gironde et du Pays Basque, un expert de l'équipe BMCM est intervenu auprès de ce groupe de travail. Le dispositif de formation de l'équipe BMCM y a été présenté, les outils, les Kits pédagogiques, les supports visuels entres autres composants des formations y ont été discutés. Enfin, les porteurs de projets et les formateurs pour chaque site ont poursuivi séparément ce travail d'élaboration de leur intervention afin de l'adapter au mieux à leur stratégie respective.

Dispositif de formation

Gironde

En Gironde, la promotion du RPIB auprès des médecins généralistes est conçue sur le modèle d'une recherche-action. Chaque étape de la formation des médecins généralistes est inscrite dans un dispositif d'évaluation globale de l'action.

Dès avant le lancement des formations, les médecins concernés (*Cf.* page 51) se sont vus proposer une enquête sur leurs pratiques professionnelles et leurs opinions vis-à-vis de la problématique "alcool". Cette enquête "avant" sera complétée par une enquête analogue au terme du protocole afin de mesurer son impact sur leurs pratiques, leur vécu de la problématique alcool ainsi que les difficultés qu'ils auront rencontrées.

Une formation initiale de 2h30 en soirée a été proposée à des groupes de 8 à 16 médecins au terme de laquelle les praticiens ont été invités à signer une convention les engageant à prendre part à l'ensemble du protocole. Quand tel a été le cas (*Cf.* page 51), la formation initiale a été suivie d'une année de mise en pratique du RPIB soumise à évaluation. Les médecins engagés ont été enjoints à réaliser le plus systématiquement possible un repérage précoce de leur patients et une intervention brève auprès de tous les consommateurs à risque repérés. Tous les trimestres, un attaché de

recherche clinique leur a rendu visite afin de recueillir les fiches de repérage remplies par le médecin à chaque repérage ou intervention réalisés auprès d'un patient. A mi parcours, une soirée dite "d'échanges et de partages" a eu lieu afin de mutualiser les expériences et remobiliser les participants. Enfin, une réunion finale s'est déroulée au terme de l'année de mise en pratique. Bilan de la recherche-action, cette réunion a également été l'occasion de réfléchir aux prolongements possibles de l'expérience.

Dans le dispositif girondin, les médecins généralistes ont été rémunérés pour leur implication dans le protocole sur une base forfaitaire de 1100 € reçue en trois fois à mesure de l'avancée de l'expérimentation.

Pays Basque

Le modèle de promotion du RPIB élaboré dans le Pays Basque s'inscrit pleinement dans le cadre du PRS alcool Aquitaine. Les volets d'actions du projet déploient les principaux objectifs assignés aux axes 2, 3, 4 et 5 du PRS. En tant que tel, le projet constitue une déclinaison possible sur un territoire de l'axe 3 du PRS. Mais il se donne également pour ambition de contribuer à la mise en œuvre de l'axe stratégique n°5 grâce à des actions de formations, à l'axe stratégique n°4 par le développement d'un travail local en réseau pour l'amélioration de l'accès aux soins de qualité ainsi qu'à l'axe stratégique n°2 grâce à la diffusion d'informations spécifiques auprès du grand public par le biais des médias légitimant les médecins généralistes dans leur travail de repérage systématique et d'information [59].

L'objectif général du projet vise à ce que 75 % des médecins généralistes du Pays Basque pratiquent le repérage systématique des buveurs excessifs dans leur clientèle ainsi que des interventions brèves auprès des patients concernés dans les deux années suivant leur formation [59]. A cette fin, deux types de formations ont été imaginés. Des formations en soirées en association avec des organisations de formation médicale continue locales pour un tiers des médecins généralistes du site (100 médecins). Un entretien confraternel réalisé au cabinet du praticien pour les deux autres tiers (200 médecins). Un binôme médecin généraliste/alcoologue a été retenu pour l'animation des formations soirées.

La durée de la formation ainsi que son déroulement ont été chaque fois adaptés aux habitudes de l'association d'accueil en la matière (de 1h à 1h30 de formation inaugurant la soirée ou bien précédée d'un repas ou d'un buffet.) A l'issue de la formation, des documents relatifs au RPIB dont les livrets confectionnés par l'INPES ont été remis aux participants.

Un médecin généraliste spécialisé en addictologie ainsi qu'un infirmier spécialisé de l'ANPAA ont été chargés de la réalisation des entretiens confraternels. Ici, les formateurs ont adapté la durée de

l'entretien à la disponibilité du médecin (30 minutes au minimum) et lui ont remis systématiquement une série de documents – "la preuve par 9", questionnaire FACE, livrets INPES, revue de presse, plaquette d'informations et coordonnées sur les structures du Pays Basque spécialisées en addictologie. De plus, une liste des médecins formés en entretiens a été régulièrement adressée à l'INPES afin que chacun d'entre eux reçoive un kit complet "alcool : ouvrons le dialogue" comportant un guide pratique pour le médecin, une affichette à déposer en salle d'attente ainsi que 30 exemplaires des livrets "Pour faire le point" et "Pour réduire sa consommation" à destination des patients.

Stratégie de mobilisation des médecins généralistes pour participer aux formations

Sensibilisation globale

Aussi bien en Gironde qu'au Pays basque le premier élément partie prenante du recrutement des médecins généralistes a été la sensibilisation globale réalisée via l'envoi du document "La preuve par 9" accompagnée d'un courrier conjoint de la DRASS et de l'URCAM. Sur ces 2 sites pilotes, les médecins généralistes ont reçu ce courrier un mois avant le début des formations RPIB proposées.

En plus de ce courrier, diverses actions de médiatisation des projets lancés en Gironde et dans le Pays basque ont également compté parmi les démarches de sensibilisation des médecins généralistes.

Recrutement

En Gironde le recrutement des médecins généralistes s'est fait de manière exhaustive pour le Médoc. Concernant la Communauté Urbaine de Bordeaux (CUB), les médecins ont été recrutés à partir de 3 cibles privilégiées : les médecins membres du réseau Agir 33, les médecins référents, les médecins membres d'une association de formation médicale continue locale.

Le recrutement a été assuré par une secrétaire. Sur la base d'un listing préétabli, 177 médecins généralistes ont été contactés par téléphone afin de les informer sur le RPIB et sur le projet FAQSV déposé par AGIR 33. Ceux qui ont accepté de s'impliquer dans le projet ont reçu un courrier visant la confirmation de leur accord par écrit. Enfin, ces mêmes médecins ont été invités à signer la convention matérialisant définitivement leur engagement à l'issue de la soirée de formation initiale.

Au Pays Basque, la mobilisation des médecins généralistes pour leur participation aux formations en soirées a été confiée au médecin spécialisé en addictologie recruté à 1/4temps sur le projet. Tous les présidents d'associations de formation médicale continue ont été contactés par téléphone afin qu'ils inscrivent le RPIB au programme des formations proposées.

En plus de ces contacts téléphoniques renouvelés avec les présidents des associations de formation médicale continue, les médecins généralistes membres de chaque association ont reçu une invitation 8 à 10 jours avant la tenue de la soirée. Ils ont par la suite été contactés téléphoniquement une première fois et, parfois, une seconde fois 48 heures avant la tenue de la soirée pour confirmation ou infirmation de leur venue.

Le médecin en charge de cette mobilisation des médecins généralistes a souvent été épaulé par le visiteur médical d'un laboratoire. Disposant d'une bonne connaissance des médecins généralistes, le visiteur médical a participé à la promotion de la soirée de formation sur le thème du RPIB.

Pour les entretiens confraternels, les rendez-vous avec les médecins généralistes ont également été pris par téléphone directement par les deux formateurs.

CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE DES STRATEGIES REGIONALES

Gironde

2002

Préparation du projet FAQSV accepté en Décembre

2003

- Constitution du comité de pilotage (Janvier)
- Journée régionale de formation des formateurs (Janvier)
- Réalisation des enquêtes "avant" (Mai)
- Recrutement des médecins généralistes pour les formations (Mai)
- Médiatisation du projet (Mai) : 10 actions médias locales
- Formations des médecins (Juin-Juillet) : 9 formations en soirées

Juillet 2003-Septembre 2004

Année de repérage et d'intervention

Octobre-novembre 2003

1er passage des ARC

Janvier-Février 2004

2ème passage des ARC

Janvier 2004

Soirée "échanges et partages" (Médoc)

Février 2004

Soirée "échanges et partages"(Bordeaux)

Avril Juin 2004

3ème passage des ARC

Octrobre-Novembre 2004

4ème passage des ARC

Janvier 2005

Réunion finale

Avril 2005

Restitution des résultats de l'évaluation finale (Cemka-Eval)

Pays Basque

2003

-Recrutement d'un médecin généraliste spécialisé en addictologie (1/4 temps sur un an) pour l'organisation des soirées et la réalisation des visites confraternelles (en partenariat avec un infirmier spécialisé de l'ANPAA 64 à ¼ temps sur ce projet)

-Journée régionale de formation des formateurs (Janvier)

-Actions de sensibilisations :

Envoi de "La preuve par 9" aux 300 médecins généralistes du Pays Basque (Août)

Envoi d'un document d'information à tous ses affiliés par la CPAM de Bayonne

-Médiatisation

Distribution de dossiers de presse avec le concours de la DRASS, Conférence de presse, médiatisation locale (télévision, radios)

2003-2004

-Prises de contacts avec les présidents d'associations de formations médicales continues locales ainsi qu'avec les médecins généralistes à voir en entretiens.

-Formation des médecins généralistes : 10 Soirées RESAPSUD & FMC

-Formation des médecins généralistes : entretiens confraternels

Débutés en novembre 2003, les entretiens ont été réalisés à raison d'un jour par semaine sur 1 an ½ (soit plus que les 1 an prévu initialement et par contrat)

DISPOSITIF D'EVALUATION

Modalités d'évaluation : Gironde

Conformément à la procédure des dossiers FAQSV, le projet d'Agir 33 a bénéficié d'une évaluation globale assurée par le bureau d'étude Cemka-Eval [60, 61]. Nous invitons le lecteur à se reporter aux rapports réalisés par Cemka-Eval afin de consulter l'intégralité des données à disposition sur ce projet [11, 12]. Nous ne présenterons ici que les procédures d'évaluation ainsi que les principaux résultats qui éclairent au mieux notre propos.

Trois techniques d'évaluation ont été utilisées pour collecter des informations auprès des médecins généralistes : une enquête de type "Avant / Après", une enquête de pratiques portant sur une année d'expérimentation du RPIB ainsi que des enquêtes de satisfaction relatives aux soirées de formation. L'ensemble de ces instruments a permis de recueillir des données relatives aux attitudes et positionnements des médecins face aux troubles liés à l'alcool, à leur appréciation du protocole de formation organisé, à leurs pratiques réelles du RPIB ainsi qu'à l'impact de la stratégie sur le comportement de leurs patients ayant une consommation d'alcool à risque.

- L'enquête "Avant / Après" : Réalisée à partir d'auto-questionnaires[14] remis aux médecins cette enquête recense les données suivantes : Caractéristiques générales du médecin / connaissances des seuils / Attitudes professionnelles face à l'alcool et aux différents types de consommations / Difficultés rencontrées en particulier pour parler d'alcool et pour le repérage / Sollicitation des professionnels et structures spécialisées / enquête "un jour donné" sur les informations relatives à l'alcool – consommation et repérage- disponibles dans les dossiers patients.

- L'enquête de pratiques : Elle a été menée à partir de "fiches patient" que les médecins devaient compléter à chaque repérage ou intervention réalisés auprès d'un patient ainsi que des Relevés Individuels d'Activité et de Prescription (RIAP) permettant d'estimer le nombre de patients vus par les médecins sur une période donnée[15]. Fiches de repérage et RIAP ont été recueillies chaque trimestre de l'année d'intervention au cabinet du médecin généraliste par un Attaché de Recherche Clinique (ARC). 4 indicateurs ont été retenus pour l'analyse : proportion de médecins généralistes effectuant régulièrement le RPIB / Proportion des patients vus dans le trimestre repérés à risque / Proportion des patients parmi les repérés ayant bénéficié d'une intervention brève / Proportion de patients repérés à risque repassant en dessous du seuil à risque

- Les enquêtes de satisfaction relatives aux soirées de formation : Les indices de satisfaction suivants ont été retenus dans les questionnaires remis aux médecins lors des soirées : Organisation matérielle et logistique de la soirée / Pertinence des intervenants / Amélioration des connaissances / Impact de la formation sur la modification ultérieure des pratiques professionnelles / Formation adaptée aux attentes / Modifications jugées nécessaires.

[14] L'enquête Avant repose sur 96/97 questionnaires, l'enquête "Après" est en cours de réalisation.

[15] Fiches de repérage et RIAP permettent d'anonymiser le médecin et les patients concernés et c'est sur cette base d'anonymat qu'est menée l'analyse des données.

Principaux résultats : Gironde

Changements des pratiques professionnelles

NOMBRE DE REPERAGES ET CARACTERISTIQUES DE L'ACTIVITE DE REPERAGE

Concernant l'activité de repérage, 93 médecins ont au moins rendu une fiche au cours des 4 passages des ARC. En moyenne, cela correspond à 160 fiches (de 1 fiche au minimum à 535 fiches au maximum, + /- 116 fiches).

Au total, 14 832 fiches de RPIB ont été remplies et exploitées pour les besoins de l'évaluation. Elles correspondent à 13 882 patients. La répartition des patients selon le nombre de repérages et d'interventions brèves dont ils ont bénéficié peut-être rapportée comme suit :

Nombre de repérages	Nombre de patients
1	12 962 (93,4%)
2	891 (6,4%)
3	28 (0,2%)
4	1 (≈0%)
TOTAL	**13 882 (100%)**

Source : CEMKA-EVAL, 2005

UTILISATION ET APPRECIATION DES OUTILS DU REPERAGE

Concernant l'utilisation des outils dans le cadre de l'étude et d'après l'analyse des fiches RPIB :

- Les médecins ont indiqué la consommation déclarée d'alcool (CDA Hebdomadaire remplie) pour 90% des patients (12 490/13 882) ;
- Le Score FACE est noté dans 83% des fiches ;
- Le score AUDIT est noté dans 17% des fiches.

Au vu des questionnaires remplis par l'ARC lors de sa 3ème visite chez le médecins, 95% des médecins de l'étude déclarent utiliser "souvent ou parfois" le questionnaire FACE contre 45% pour le questionnaire AUDIT. Cette différence dont la tendance s'est confirmée dans le temps est liée à l'appréciation comparée de ces deux outils. Le FACE est jugé facile d'utilisation par 93% des médecins, aucun d'entre eux n'ayant affirmé son utilisation impossible. Par contraste, les médecins sont nettement mois nombreux à juger l'AUDIT "facile" à utiliser (29%), près de la moitié le trouvent "complexe" d'utilisation (47%) et certains en ont déclaré l'utilisation impossible (7%). Interrogés sur leur expérimentation du RPIB, 68% des médecins estime avoir rencontré des difficultés devant le

repérage de consommateurs à risque et à problème sans que le type de difficulté soit renseigné. Par ailleurs, les médecins continuent de souligner un problème de temps pour inclure le RPIB dans les consultations et, conséquemment, pour le systématiser dans leur pratique quotidienne.

DIAGNOSTICS POSES PAR LES MEDECINS

Parmi les 13 882 patients vus en consultation et ayant bénéficié d'un repérage, 13 712 diagnostics ont été posés. Le tableau suivant présente les différents diagnostics. 21% des patients ont été diagnostiqués « sans usage ». 22% des patients ont des problèmes avec l'alcool (usages à risques, nocifs ou dépendance).

Diagnostics	Nombre de diagnostics posés
Non usage	2 924 (21,3%)
Usage	7 748 (56,5%)
Usage à Risque	2 004 (14,6%)
Usage Nocif	520 (3,8%)
Dépendance	516 (3,8%)
TOTAL	**13 712 (100%)**

Source : CEMKA-EVAL, 2005

Les médecins ont également précisé les caractéristiques des patients usagers (voir tableau suivant). Les usagers à risques et à problèmes (usage nocif) sont fréquemment des consommateurs réguliers. A l'inverse et de façon logique, les usagers simples consomment plutôt occasionnellement de l'alcool.

Caractéristiques des types d'usages d'alcool repérés (% à lire en ligne)

	Régulier	Occasionnel	Non précisé
Usage	3 005 (38,8%)	4 449 (57,4%)	294 (3,8%)
Usage à Risque	1414 (70,6%)	544 (27,2%)	46 (2,3%)
Usage Nocif	421 (80,9%)	76 (14,6%)	23 (4,4%)

Source : CEMKA-EVAL, 2005

Les patients ayant un problème avec l'alcool (usage à risque, nocif ou dépendance) sont plus souvent les hommes (72%).

INTERVENTIONS REALISEES PAR LES MEDECINS

Pour les 13 882 patients ayant bénéficié d'un repérage, 8 415 actions ont été réalisées (soit 61%). Les médecins ont principalement fait du conseil minimal (84% des actions réalisées). Une intervention approfondie a été réalisée pour 15% des patients et 8% des patients doivent être revus pour le problème repéré.

	Nombre de patients concernés
Conseil minimal	7 058 (83,9%)
Intervention approfondie	1 295 (15,4%)
Revoir le patient pour ce problème	687 (8,2%)
Prescription d'une consultation en alcoologie	183 (2,2%)

Source : CEMKA-EVAL, 2005

Le tableau suivant présente pour chaque type de diagnostic posé, les différentes interventions réalisées par les médecins généralistes. Il précise, en gras, l'action la plus fréquente face à chaque situation.

Types d'interventions réalisées par diagnostic posé (% à lire en ligne, le total pouvant être différent de 100% car plusieurs réponses possibles et données manquantes pour certaines fiches).

	Au moins 1 intervention réalisée	**Type d'intervention réalisée**			
		Conseil minimal	**Intervention approfondie**	**Revoir le patient pour ce problème**	**Consultation alcoologique prescrite**
Non usage	506 (17,3%)	**497 (17,0%)**	9 (0,3%)	3 (0,1%)	-
Usage	4 906 (63,3%)	**4 784 (61,8%)**	136 (1,8%)	23 (0,3%)	1 (≈0%)
Usage à Risque	1 919 (95,8%)	**1 359 (67,8%)**	612 (30,5%)	235 (11,7%)	23 (1,1%)
Usage Nocif	505 (97,1%)	217 (41,7%)	**265 (51,0%)**	194 (37,3%)	25 (4,8%)
Dépendance	500 (96,9%)	133 (25,8%)	**264 (51,2%)**	227 (44,2%)	131 (25,4%)

Source : CEMKA-EVAL, 2005

Globalement, le type d'intervention proposée par le médecin généraliste correspond à la situation du patient. Ainsi :

- En cas de non usage ou d'usage, la seule intervention réalisée consiste en un conseil minimal à certains patients (respectivement un tiers et deux tiers) ;
- En cas d'usage à risque, d'usage nocif ou de dépendance, quasiment tous les patients (au moins 96%) bénéficient d'une intervention de la part du médecin ;
- En cas d'usage à risque, plus des deux tiers des patients reçoivent un conseil minimal. Les médecins réalisent une intervention approfondie pour certains patients et demandent à en revoir certains ;
- En cas d'usage nocif, le patient bénéficie parfois de plusieurs interventions. Les actions les plus fréquentes restent le conseil minimal et l'intervention approfondie. Les médecins demandent à revoir près de 45% de ces patients et en orientent presque 5% vers une consultation spécialisée ;
- Enfin, en cas de dépendance, un quart des patients sont orientés vers une consultation spécialisée.

Par ailleurs, les médecins généralistes ont remis un livret à 14% des patients, principalement à ceux ayant un diagnostic d'usage ou d'usage à risque (46% et 30% des livrets distribués).

Les médecins généralistes ont précisé que le mésusage était connu pour 59% des patients diagnostiqués et qu'il s'agissait d'une découverte pour 41% des patients.

Impact sur les patients

Concernant le suivi et le devenir des patients diagnostiqués, 920 comme vu précédemment ont bénéficié de deux et plus repérages. Les résultats montrent que 22% des patients diagnostiqués "usagers à risque" et 23% des patients diagnostiqués "à usage nocif" lors du premier repérage, sont passés à une consommation "normale" (usage ou non usage). La répartition des patients selon l'évolution du diagnostic entre le premier et le dernier repérage (pour les patients ayant eu au moins deux repérages) peut être présentée comme suit :

Premier diagnostic	Dernier diagnostic *	Nombre de patient	Pourcentage de patients
Usage à risque	Non usage	20	4,6%
	Usage	75	17,3%
	Usage à risque	308	71,0%
	Usage Nocif	18	4,1%
	Dépendance	13	3,0%
	NP	11	-
TOTAL		**445**	**100%**
Usage nocif	Non usage	7	5,2%
	Usage	24	17,9%
	Usage à risque	13	9,7%
	Usage Nocif	87	64,9%
	Dépendance	3	2,2%
	NP	5	-
TOTAL		**139**	**100%**
Dépendance	Non usage	3	2,3%
	Usage	6	4,5%
	Usage à risque	8	6,1%
	Usage Nocif	6	4,5%
	Dépendance	109	82,6%
	NP	3	-
TOTAL		**135**	**100%**

Source : CEMKA-EVAL, 2005 ; * Toute durée de suivi prise en compte

Modalités d'évaluation : Pays Basque

Le projet porté par RESAPSUD a fait l'objet d'une évaluation interne. Concernant les soirées de formation, deux types de questionnaires ont été remis aux participants. Un questionnaire de satisfaction relatif à la soirée de formation ainsi qu'un questionnaire d'évaluation de leurs pratiques avant la formation. Ce dernier recueille des données relatives à l'expérience des médecins en matière d'alcoologie - formation / prise en charge de patients alcoolodépendants / connaissance du dispositif spécialisé - ainsi que leur opinion sur la légitimité et la faisabilité du repérage.

L'évaluation des entretiens confraternels s'est faite sur la base d'un questionnaire rempli systématiquement par le formateur à l'issue de l'entretien. Ce questionnaire interroge le médecin sur les outils du RPIB - connaissance et pertinence de l'AUDIT, du FACE et du cercle de Prochaska - ainsi que

sur sa connaissance des structures du réseau Addictions du Pays Basque. Un volet du questionnaire consigne l'appréciation du formateur sur le déroulement de la visite - difficultés rencontrées, écueils, ressenti personnel.

Principaux résultats : Pays Basque

Les médecins généralistes formés au RPIB

Au total, RESAPSUD et ses partenaires ont assuré la formation de 208 médecins généralistes dont 82 en soirées (10 soirées de formations organisées) et 126 en entretiens confraternels.

Attitudes professionnelles face à l'alcool et satisfaction relative au protocole de formation

Les soirées de formations portant sur le RPIB ont recueilli des indices de satisfactions globalement très élevés. La grande majorité des participants estime le thème traité tout à fait pertinent et reconnaissent la nécessité d'interroger systématiquement tous les patients sur leur consommation d'alcool pour repérer précocement leurs éventuelles difficultés. Plus de la moitié des participants souligne que la formation améliore leur connaissance et incline à un changement de leurs pratiques en la matière. Néanmoins, l'utilisation de questionnaires en médecine générale suscite quelque réserve. Les praticiens ne manifestent pas une franche réticence mais ils craignent de manquer de temps pour procéder à un repérage de ce type. Par ailleurs, en soirées ou lors des entretiens confraternels, les médecins se sont montrés demandeurs d'informations relatives aux structures de soin en alcoologie. Ils ont également manifesté le souhait de voir se constituer un réseau relationnel grâce aux visites confraternelles.

BILAN

Points forts de la stratégie régionale et de ses déclinaisons locales

Une stratégie régionale participative

En Aquitaine, la stratégie institutionnelle adoptée pour l'élaboration du PRS Alcool a été décisive pour le lancement des projets RPIB déclinés par la suite en Gironde et au Pays Basque. La mobilisation de l'ensemble des acteurs au sein du groupe de travail régional a alimenté une énergie collective favorisant le dynamisme de chacun et la mise en commun des savoirs.

Une recherche-action

Au titre de points forts de l'expérience Girondine, la recherche-action en tant que telle qui a été déployée dans le cadre du FAQSV est à retenir. Parties prenantes de cette recherche, la rémunération

des médecins généralistes pour leur participation à toutes les étapes du projet, leur implication dans le processus d'évaluation ainsi que le passage des attachés de recherche clinique ont constitué de puissants facteurs de stimulation, de mobilisation et, partant, d'adoption du RPIB.

Les entretiens confraternels

Concernant le Pays Basque, la formule des entretiens confraternels paraît d'une grande pertinence afin de sensibiliser les médecins au RPIB. Leur efficacité quant à l'adoption par les médecins généralistes du RPIB n'a pas été évaluée à partir d'un protocole idoine mais ces entretiens ont reçu un très bon accueil des médecins, favorablement surpris par une telle démarche. Ces entretiens confraternels constituent de fait une démarche originale. Dès lors il paraît important d'en évaluer l'impact comparativement aux autres stratégies de formations assurées en soirées.

Obstacles de la stratégie régionale et de ses déclinaisons locales

Les soirées FMC

Au Pays Basque, l'organisation des soirées de formation n'a pas été sans poser de difficulté. Pensé initialement comme un élément susceptible de faciliter la rencontre avec les médecins généralistes, le cadre des associations de formation médicale continue s'est finalement révélé difficile d'accès et peu propice pour le déroulement des formations RPIB. Tout d'abord, il semble que le thème du RPIB ait rencontré une faible audience auprès des membres de certaines associations sollicitées. Parmi les 11 présidents contactés, tous ont manifesté leur accord de principe et ont soumis la proposition à leurs adhérents. Par la suite, 6 associations ont effectivement prévu une date pour la soirée consacrée au RPIB. Cela a été plus difficile voire impossible pour les 5 autres. En plus de la difficulté à mobiliser autour du thème du RPIB, le porteur de projet s'est souvent heurté à l'impossibilité d'inscrire ce thème dans le calendrier des formations prévues dans la mesure où celui-ci est généralement pré-établi longtemps à l'avance pour l'année en cours. Enfin, l'organisation habituelle des formations dans certaines associations locales s'est avérée très peu favorable à la formation RPIB telle que conçue par le porteur de projet. Le temps de formation prévu n'était pas suffisant et parfois encore écourté par le temps de repas.

Les jeux de rôles

Au Pays Basque comme en Gironde, l'utilisation des jeux de rôle pendant les formations compte parmi les difficultés rencontrées. L'inscription de jeux de rôle dans le contenu de la formation nécessite de disposer d'un temps de formation suffisamment long ainsi que d'une expérience spécifique pour les formateurs. Aux Pays Basque les deux difficultés ont été rencontrées et ont posé problème aux acteurs

en charge du projet : le temps de formation dans le cadre des soirées ne permettait pas l'inclusion de jeu de rôles et les formateurs auraient souhaité une formation spécifique à ce type d'exercice pour l'utiliser.

Constitution des dossiers

En Gironde comme au Pays Basque, les porteurs de projets ont signalé avoir été contraints dans leur action par la lourdeur des démarches administratives relatives aux demandes de financements ainsi que par les modalités de restitution de l'état d'avancement des projets. Les acteurs soulignent qu'ils ne se sentent pas formés pour ce type de tâches méritant d'être simplifiées et qu'ils gagneraient à être accompagnés pour leur accomplissement.

Animation institutionnelle et partenariat

L'Aquitaine est sans doute la région où l'on peut à la fois définir l'implication institutionnelle comme un déterminant décisif de la mise en œuvre de la stratégie RPIB et pointer des limites dans l'accompagnement des autorités sanitaires qui ont restreint les possibilités des porteurs de projets dans la concrétisation des stratégies. En particulier, le porteur de projet au Pays Basque a rencontré des difficultés partenariales qui ont affecté le dynamisme et la mise en œuvre du projet et qu'un cadrage plus serré ou cohérent des institutions aurait permis de minorer.

PERSPECTIVES

Arrivés au terme de leur expérimentation, Agir 33 et RESAPSUD ont d'ores et déjà posé les jalons d'un prolongement à lui donner. Agir 33 a déposé une demande de financement DRDR sur 3 ans à partir d'un dossier ciblant en priorité le RPIB et l'entretien motivationnel. Le réseau propose une extension de la promotion du RPIB déjà accomplie, dans l'espace, dans l'intensité et sur les indications. Ainsi, Agir 33 prévoit de contribuer à une diffusion régionale du RPIB, d'étayer les formations RPIB par des formations relatives à l'entretien motivationnel et à l'alcoolodépendance et d'étendre la démarche RPIB aux consommations excessives de cannabis. A priori, une formation relative à l'alcoolodépendance nécessite du médecin des pratiques spécifiques distinctes du RPIB auprès de patients qui ont d'évidence dépassé le stade de l'alcoolisation excessive pour devenir dépendants. Néanmoins, nous exposerons plus loin, en quoi une telle formation pour les médecins généralistes peut être conçue comme un complément venant renforcer la réception des messages concernant les consommations à risques et donc aussi l'adoption du RPIB à destination des buveurs excessifs non dépendants (*Cf.* page 122).

Le principe d'une extension des formations RPIB dans l'intensité et sur les indications se retrouve dans deux projets déposés par RESAPSUD toujours dans le cadre du PRS Alcool. Le premier - prévu pour l'année en cours - porte sur une formation des médecins généralistes à la prise en charge de l'alcoolodépendance. Le second - labellisé mais non encore financé - propose des formations RPIB étendues aux consommations excessives de cannabis à de nouveaux publics professionnels - médecins spécialistes, médecins du travail, personnels en formation.

De plus, une démarche d'évaluation approfondie des formations menées auprès des médecins généralistes en soirées comparativement à celles menées en entretiens confraternels est en cours d'élaboration.

Sur la base des projets qu'ils ont déclinés sur les deux territoires, les acteurs impliqués au Pays Basque et en Gironde pointent un certain nombre d'actions qu'il leur paraît déterminant de favoriser ou de renforcer afin d'asseoir la promotion régionale du RPIB - déjà lancée à l'impulsion de la DRASS dans trois nouveaux départements, les Landes, la Dordogne et le Lot et Garonne.

Ainsi, afin de favoriser puis de maintenir la mobilisation des médecins pour une pratique du RPIB, les acteurs préconisent un approfondissement du partenariat avec les professionnels, structures et services susceptibles d'accueillir des patients à risque ou dépendants. Concrètement, cela suppose de fournir aux médecins un annuaire recensant l'ensemble de ces partenaires possibles beaucoup plus détaillé que celui déjà à disposition. De plus l'organisation de rencontres entre les médecins généralistes et les professionnels du champ de l'addictologie viendrait solidement stimuler la concrétisation des partenariats.

Aux yeux des acteurs, maintenir la mobilisation des médecins passe également par la reconduite ou le renforcement de procédures qui les engagent comme la rémunération pour les formations, ou qui relancent leur stimulation comme l'organisation de moments d'échanges ou de visites aux cabinets pour les médecins formés.

Dans la même logique et afin d'étendre la promotion du RPIB à d'autres médecins de la région, les acteurs estiment qu'il est nécessaire de valoriser aussi bien les résultats obtenus au terme des deux projets menés en Gironde et au Pays Basque que la participation des médecins qui s'y sont impliqués.

Le développement des réseaux est également souligné au titre de facteur stimulant la promotion de la démarche. Non seulement parce qu'à ce jour, ce sont deux réseaux de santé qui ont porté les projets RPIB dans la région mais surtout parce que, récemment implantés ils peuvent peiner à se faire

connaître auprès des médecins libéraux alors même qu'ils comptent parmi les instances pleinement désignés pour les impliquer dans des projets.

De manière plus générale, les acteurs impliqués dans la stratégie régionale et nombre de médecins généralistes formés considèrent que l'adoption du RPIB par les médecins suppose une modification en profondeur de leurs attitudes vis-à-vis de la problématique alcool et des démarches de prévention en pratique de routine. De telles modifications ne sauraient advenir sans la mise en œuvre à l'échelon national d'actions visant un bouleversement de notre référentiel en matière d'alcool ainsi qu'une valorisation de la prévention en médecine générale.

Aussi, les acteurs sont unanimes pour souhaiter que l'accent soit mis en priorité sur des actions de communication et de médiatisation massives brisant le tabou de l'alcool et diffusant des informations claires sur l'alcoolisation excessive. Il leur paraît également nécessaire d'inscrire la thématique du RPIB en formation initiale afin que les nouvelles générations de médecins acquièrent pleinement une approche renouvelée des conduites addictives et de leur rôle en la matière. Enfin, aux yeux des acteurs la pratique du RPIB suppose l'institution d'un temps professionnel spécifique dont la "consultation prévention" inscrite dans la loi de santé publique du 9 août 2004 est un exemple.

FICHE SYNTHETIQUE POUR L'AQUITAINE

Population totale en Aquitaine : 2 941 938 hab. France : 59 038 0459

L'importance du problème "alcool" dans la région

- **Prévalence de consommation quotidienne** d'alcool au cours des 12 derniers mois parmi les 12-75 en 2000 = **26,2%**

- **Prévalence des ivresses** au cours des 12 derniers mois parmi les 12-75 ans en 2000 = **17,5%**

- Proportion observée de patients de médecin générale à risque d'alcoolisation sans dépendance = à partir des prévalences d'usage régulier à risque[16] **= 7,3% des hommes** et **2,1 % des femmes** ; à partir de la prévalence d'usage ponctuel à risque[17] = **11,0% des hommes** et **1,1 % des femmes**.

- **Nombre de buveurs** venus consulter dans les centres spécialisés en alcoologie (**CCAA**) en 2002 = **4 095** => rang de classement (Aquitaine à l'ensemble des régions) = **8** (nombre total en France = 95 519)

- **Nombre de buveurs** venus consulter dans les centres spécialisés en alcoologie (CCAA) **par 1000 habitants** de 20 à 70 ans = **2,2**=> rang de classement (Aquitaine à l'ensemble des régions) = **13** (nombre total en France =2,5)

- **Décès avant 65 ans** par alcoolisme et cirrhose par 10 000 habitants de 40 à 64 ans = **2,6** => rang de classement (Aquitaine à l'ensemble des régions) = **20** (nombre total en France =3,8)

- **Surmortalité** pour les pathologies liées à l'imprégnation éthylique chronique à partir des variations des taux de mortalité par rapport à la moyenne française de 1992 à 1996 = **moyenne nationale** pour les hommes et les femmes (± 20%).

[16] Plus de 5 verres pour les hommes et 3 verres pour les femmes.

[17] Plus de 6 verres occasionnellement.

Prise en compte de l'alcool dans la politique sanitaire régionale

- Existence d'un PRS-alcool (2001-2006) adopté par arrêté préfectoral le 27 mars 2001 qui défini comme un axe majeur le développement des interventions brèves des médecins généralistes auprès de personnes ayant une consommation à risque d'alcool.

- Existence d'un PRAPS – "1ère génération" (1999-2002) - prévoyant des actions sur la prévention et les conduites addictives.

Médecins généralistes et structures spécialisées en alcoologie

- **Nombre de médecins généralistes** : **3 730** (67 320 en France métropolitaine)

- **Densité** de médecins généralistes pour 1 000 habitants : **127,70** (115 en France métropolitaine)

- **Nombre de lieux de consultation** ouverts : **8 dont 4 ouvrent plus de 35 heures par semaine**.

Stratégies RPIB

Programme à dimension régionale impliquant l'ensemble des médecins généralistes

Deux sites pilotes : Gironde, Pays Basque.100 médecins généralistes visés en Gironde et 300 médecins généralistes au Pays Basque

Porteurs de projets : Agir 33 (Gironde), RESAPSUD (Pays Basque) avec un co-pilotage DRASS/URML

Principaux Partenaires :

Gironde : DRASS, URMLA, URCAM, ANPAA, Réseau Alcool Médoc

Pays basque : DRASS, ANPAA 64

Financement :

Gironde : 270000 euros (FAQSV) pour 2 ans.

Pays Basque : 36000 euros (DRASS/URCAM) pour 1 an.

Lancement du programme de formation : 2003.

Formateurs : binôme médecins généralistes/alcoologue

Formations :

Gironde : 9 formations en soirée entre Juin et Juillet 2003. 97 MG formés et suivis à un an dans le cadre du projet FAQSV + 1 médecins généralistes formé dans le cadre du PRS + 3 médecins généralistes formés en face à face.

Pays Basque : 76 médecins généralistes formés en soirées (10 soirées de formations dans le cadre des associations de FMC entre Septembre 2003 et Juin 2004), 136 médecins généralistes formés en entretiens confraternels.

Evaluation :

Gironde : dispositif d'évaluation externe (sur 2 années consécutives) autour de trois grands pôles : 1. Evaluation du processus et de la mise en place de l'étude. 2. Relevé de l'activité RPIB des médecins généralistes formés chaque trimestre. 3. Evaluation de l'impact du projet sur l'évolution des opinions et attitudes des médecins généralistes vis-à-vis de la problématique alcool par le biais d'une enquête "Avant/Après".

Pays Basque : dispositif d'évaluation interne sur la base de deux types de questionnaires proposés aux médecins généralistes : l'un interrogeant les pratiques des médecins généralistes avant la formation, l'autre estimant les indices de satisfaction relatifs aux soirées de formations.

BOURGOGNE

GENESE DU PROJET RPIB DANS LA REGION

Principales opportunités / motivations majeures

En Bourgogne la stratégie de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève auprès des médecins généralistes a été lancée à l'initiative de l'ANPAA représentée par le Comité Régional de Prévention de l'Alcoolisme et autre Toxicomanies (CRPAT).

Fortement sensible à l'importance de lutter contre les alcoolisations excessives et convaincu de l'efficacité des démarches de RPIB à cet effet, le CRPAT considérait la formation des médecins de premier recours comme un objectif fondamental. Dans ces dispositions, le comité s'est saisi en toute logique de l'existence du programme "Boire moins c'est mieux" afin d'en décliner la visée principale dans la région : systématiser l'intervention brève des médecins de première ligne – médecins généralistes et médecins du travail- auprès de leurs patients afin de diminuer les risques induits par une consommation excessive d'alcool.

Dans la lignée du projet de l'OMS le CRPAT a été motivé par la volonté d'informer aussi bien le public que les professionnels de santé de premier recours sur les alcoolisations excessives tant ce type de trouble est méconnu. Deux dispositions spécifiques des médecins généralistes ont particulièrement retenu son attention : leur méconnaissance de la prévalence des alcoolisations excessives dans leur clientèle et leur incrédulité face à la faisabilité du RPIB.

Le projet d'information et de formation porté par le CRPAT a également été conforté par l'enquête menée par l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Bourgogne (UPMLB) en collaboration avec l'URCAM sur l'expression des besoins de santé par les médecins libéraux bourguignons. Réalisée en 2001 auprès d'un échantillon de plus de 300 médecins libéraux de la région, cette enquête a montré la place privilégiée que les médecins souhaitaient donner à la lutte contre les troubles liés à l'usage d'alcool et de tabac (taux de réponse 45 %). Elle a également révélé que les médecins considéraient être de bons vecteurs de prévention mais qu'ils se sentaient souvent désarmés pour intervenir auprès des patients ayant des problèmes d'alcool.

Conception du projet RPIB

Afin d'impliquer les médecins généralistes de la région dans des démarches de RPIB, le CRPAT a élaboré une stratégie progressive, inscrite dans le temps et soucieuse de s'adapter aux possibilités et contraintes du cadre d'exercice des médecins généralistes. A ses yeux, on ne saurait bâtir une formation à visée exhaustive des médecins sur un thème particulier en dehors de l'ensemble de leur formation continue. Corollaire de cette idée, tout porteur d'un projet de formation à destination des médecins doit impérativement s'associer aux organismes en charge de la formation médicale continue. De même, il serait irréaliste de mobiliser les médecins libéraux indépendamment de leurs structures professionnelles.

Dès lors, la stratégie de promotion du RPIB dans la région a été pensée de sorte à prendre place dans le dispositif global de la formation médicale continue. Elle a été conçue en partenariat avec la Fédération Bourguignonne de Formation Médicale Continue ainsi qu'avec l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Bourgogne.

Concrètement, la stratégie régionale a été scindée en deux grandes étapes : former un premier cercle de médecins généralistes à partir de séminaires dans chacun des quatre départements de la région puis impulser sur ces bases une diffusion des formations dans le cadre des associations locales de formation médicale continue. Il s'agit ici de démultiplier les formations RPIB à partir des professionnels ayant participé aux séminaires et des responsables des organisations de formation médicale continue. Les uns comme les autres étant enjoints à relayer la formation reçue voire à assurer eux-mêmes une formation en soirée dans le cadre des associations - environ 40 associations de FMC sont répertoriées en Bourgogne.

Inscription dans le schéma d'intervention des autorités sanitaires

Concrètement, les autorités sanitaires n'ont pas pris part à la mise en œuvre de la promotion du RPIB dans la région. De plus, jusqu'à présent, les Programmes Régionaux de Santé pour la Bourgogne ont priorisé d'autres problématiques que l'alcool en tant que tel. Néanmoins, les Conférences Régionales de Santé soulignent de longue date la prégnance des troubles liés à la consommation d'alcool dans la région et en particulier de l'alcoolisation excessive. Ainsi, dès la Conférence Régionale de Santé de 1996, la lutte contre les troubles liés au handicap et à la dépendance est définie comme une priorité des autorités institutionnelles. Concernant la dépendance, les conséquences des comportements d'alcoolisation et de tabagisme sont clairement pointées. La Conférence Régionale de Santé de 1998 rappelle l'importance des actions visant à réduire l'alcoolisme et les addictions. En 2000,

la mortalité prématurée liée à la consommation d'alcool et de tabac est à nouveau rappelée au titre de problème récurrent et préoccupant. En 2001, à l'issue de la Conférence Régionale de Santé, les recommandations du jury érigent au rang de priorité urgente la lutte contre les conduites addictives alcool-tabac. Enfin, le Programme Régional de Santé Publique élaboré en 2004 souligne à nouveau combien "les conséquences de la consommation excessive d'alcool restent un problème de santé publique pour la région". De plus, la stratégie de promotion du RPIB portée par le CRPAT, la FBFMC et l'UPMLB est mise en avant comme une action innovante et d'une grande pertinence pour agir contre ce problème. Parmi les points faibles de la prise en charge actuelle des usagers de substances psychoactives (toutes confondues), ce PRSP signale également que "les structures de soins sont surtout centrées sur le traitement des dépendances, moins sur l'usage nocif". Il existe la région un réel "besoin d'information de la population sur les usages nocifs d'une part et de formation des professionnels d'autre part". La promotion du RPIB constitue l'une des réponses à ces défaillances régionales.

Partenariat et financement

Le CRPAT, la Fédération Bourguignonne de Formation Médicale Continue et l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Bourgogne sont les promoteurs de la stratégie RPIB. Le projet initial a été déposé au nom de ces trois instances, et, concrètement, des professionnels membres de l'ANPAA ainsi que de la FBFMC ont été associés à la conception du projet, à l'organisation des séminaires puis à la mobilisation des organisations locales de FMC pour une diffusion large des formations.

De plus, avant le lancement des séminaires de formation dans les quatre départements bourguignons, un expert en charge du programme "Boire moins c'est mieux" est intervenu auprès de médecins généralistes proches de l'ANPAA et très impliqués en alcoologie afin de les former pour l'animation des formations.

La mise en œuvre des séminaires a fait l'objet d'un dossier FAQSV et a obtenu un financement de l'URCAM à hauteur de 48 000€ et de la DRASS à hauteur de 9 000€ pour l'année 2003.

FORMATIONS : MODALITES ORGANISATIONNELLES

Les formateurs

Les formateurs qui ont assuré les formations en séminaires dans les départements sont des médecins généralistes alcoologues sensibilisés à la problématique RPIB par un expert du programme

"Boire moins c'est mieux". Des acteurs de prévention ainsi que des membres d'associations locales de FMC ont été associés à chacun des séminaires. Ceux-ci ont donc généralement été animés par trois ou quatre intervenants.

Dispositif de formation

Chacun des séminaires a été conçu pour accueillir une vingtaine de participants pendant deux jours. Leur contenu a été structuré en quatre points principaux appelés à être repris par la suite pour les formations en soirée dans un format adapté. L'importance du problème en médecine générale ainsi qu'un travail sur les représentations sociales ont été abordés lors de la première journée. Les techniques de repérage puis les méthodes pour mener une intervention brève ont fait l'objet de la deuxième journée de séminaire. Chacun de ces points a été traité dans le cadre d'une pédagogie interactive sollicitant le vécu des participants. A l'issue de la session, un dossier d'articles synthétisant les principales données relatives aux consommations excessives d'alcool et aux démarches de RPIB a été remis aux participants [62-66].

Concernant le repérage, l'intérêt d'une démarche "systématique" ainsi que les questionnaires AUDIT et FACE ont été présentés aux participants. Pour autant, les formateurs insistent sur le fait que l'utilisation des outils reste à l'appréciation des médecins. Certains en usent comme de véritables questionnaires, d'autres peuvent s'en servir comme point d'appui ou repère pour établir le dialogue avec leurs patients. Concernant l'intervention brève, les formateurs ont souhaité transmettre aux participants les pré-requis pour une approche motivationnelle utile en matière d'éducation pour la santé en général et non uniquement pour les problèmes d'alcool.

Enfin, concernant l'intervention globale du médecin, les formateurs soulignent qu'il s'agit de tendre vers un repérage systématique dans le cadre d'une approche motivationnelle tout en sachant qu'il s'agit là d'un objectif "idéal". En pratique, il est nécessaire de faire comprendre aux médecins qu'un repérage seul est déjà non seulement faisable mais qu'il s'agit d'une forme d'intervention efficace pour agir contre les alcoolisations excessives.

CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE REGIONALE

2002

Préparation du projet FAQSV accepté en Décembre

2003

Formation "Boire moins c'est mieux"

Séminaires :

- Saône et Loire (Septembre)
- Yonne (Octobre)
- Côte d'Or (Novembre)
- Nièvre (Décembre)

Nombre total de participants : 62.

2004-2005

Soirées de formation FMC :

- Côte d'Or (3 soirées)
- Yonne (2 soirées)
- Saône et Loire (1 soirée)

DISPOSITIF D'EVALUATION

Afin d'estimer l'impact de la formation en séminaires sur les pratiques et dispositions des participants en matière de RPIB, un questionnaire leur a été transmis, six mois après leur formation. Sur les 62 questionnaires envoyés, 29 réponses ont été reçues. Les questionnaires exploraient cinq grands points : la mise en pratique des acquis de la formation / les difficultés rencontrées pour la mise en œuvre / le souhait d'une formation complémentaire / l'implication des participants pour une diffusion du RPIB dans leur association de FMC / l'intérêt d'étendre la formation à d'autres professionnels de santé.

Globalement les réponses témoignent de la mise en œuvre par les participants des informations et propositions présentées lors des séminaires. Les attitudes relatives à l'alcool ont été modifiées et nombre de médecins ont pratiqué le RPIB. Toutefois, les médecins soulignent la persistance de difficultés. Afin de les dépasser, ils sollicitent des compléments de formations. Ceci est un gage

supplémentaire de la pertinence des formations proposées. Un point apparaît plus délicat : alors que les séminaires ont été conçu comme un point de départ pour une diffusion plus large des formations RPIB, les participants sont très peu nombreux à souhaiter s'impliquer personnellement dans cette diffusion.

BILAN ET PERSPECTIVES

Les promoteurs de la stratégie de promotion du RPIB adoptée dans la région soulignent qu'il n'existe pas d'obstacle majeur à l'organisation de séminaires. Ceci est un élément important à retenir. En effet, l'un des enjeux majeurs pour une diffusion du RPIB consiste à s'insérer dans un domaine qui n'est généralement pas la priorité des médecins et qu'ils perçoivent avant tout à travers le prisme de l'alcoolodépendance. Dans la région, l'audience favorable recueillie par les séminaires signale que la démarche est non seulement faisable mais attendue. La pertinence des séminaires proposés aux médecins est encore renforcée par leurs demandes de formations complémentaires permettant d'approfondir les enseignements reçus en matière de RPIB.

Aux yeux des promoteurs l'intérêt d'une promotion du RPIB a donc été conforté par les retentissements des séminaires. Pour autant, cette première étape n'a pas été sans difficultés et une diffusion plus large des formations dans la région implique la mise en œuvre d'actions complémentaires.

En effet, les participants aux séminaires n'ont pas véritablement endossé le rôle de relais attendu pour une extension des formations dans les organisations locales de formation médicale continue. Ils sont généralement d'accord pour évoquer la pertinence de ces formations auprès de leurs pairs mais ils ne souhaitent pas assurer eux-mêmes une formation. Ceci soulève une deuxième difficulté, celle de développer une stratégie et de réunir des moyens pour mobiliser des formateurs capables et désireux d'intervenir dans les associations de FMC. Ceci compte parmi les actions complémentaires mises en avant par les promoteurs pour une poursuite de l'action. Pour l'heure, faute de moyens, de nouveaux séminaires de formation n'ont pas été organisés mais les promoteurs préconisent un investissement important dans la formation de formateurs. Ici, il leur paraît décisif d'impliquer non seulement des médecins généralistes mais aussi des acteurs de prévention. La réunion d'un binôme de ce type pour assurer les formations leur paraît des plus pertinentes afin de briser la tendance des praticiens à cristalliser les échanges autour des problématiques de dépendance et favoriser une adhésion plus générale aux démarches de prévention.

Plus généralement, les promoteurs insistent sur le fait que la mobilisation des médecins généralistes ne saurait advenir sans des actions importantes de communication et de médiatisation brisant le tabou de l'alcool et diffusant de nouvelles normes en matière de consommation.

FICHE SYNTHETIQUE POUR LA BOURGOGNE

Population totale : 1 613 030 France : 59 038 0459

Importance du problème "alcool" dans la région

Prévalence de consommation quotidienne d'alcool au cours des 12 derniers mois parmi les 12-75 en 2000 = **19,8%**

Prévalence des ivresses au cours des 12 derniers mois parmi les 12-75 ans en 2000 = **13,3%**

Proportion observée de patients de médecin générale à risque d'alcoolisation sans dépendance = **20,3% des hommes** (477) et **4,9 % des femmes** (912)

Nombre de **buveurs** venus consulter dans les centres spécialisés en alcoologie (**CCAA**) en 2002 = **3 278** => rang de classement (Bourgogne à l'ensemble des régions) = 14 (nombre total en France = 95 519)

Nombre de **buveurs** venus consulter dans les centres spécialisés en alcoologie (**CCAA**) **par 1000 habitants** de 20 à 70 ans = **3,2** => rang de classement (Bourgogne à l'ensemble des régions) = **5** (nombre total en France =2,5)

Décès avant 65 ans par alcoolisme et cirrhose par 10 000 habitants de 40 à 64 ans = **4,7**=> rang de classement (Bourgogne à l'ensemble des régions) = 4 (nombre total en France =3,8)

Surmortalité pour les pathologies liées à l'imprégnation éthylique chronique à partir des variations des taux de mortalité par rapport à la moyenne française de 1992 à 1996 = **moyenne nationale** pour les hommes et les femmes (± 20%).

Prise en compte de l'alcool dans la politique sanitaire régionale

- Absence de PRS-alcool.
- Existence d'un programme régional de santé publique (PRSP) pour la période 2002-2006 au sein duquel l'alcool au titre de la lutte contre les conduites addictives a été retenu comme priorité urgente d'action pour les années à venir.

Professionnels généralistes et structures spécialisées en alcoologie

Nombre de médecins généralistes : **1 648** (67 320 en France métropolitaine)

Densité de médecins généralistes pour 1 000 habitants : **102,25** (115 en France métropolitaine)

Nombre de lieux de consultations ouverts : **26 dont 3 ouvrent plus de 35 heures par semaine** (1 non réponse).

Stratégies RPIB

4 sites : Côte D'Or, Nièvre, Saône et Loire, Yonne

Porteur de projet : ANPAA représenté par le CRPAT de Bourgogne

Principaux Partenaires : Fédération Bourguignonne de Formation Médicale Continue, URMLB, DRASS, URCAM

Financement : 57520 euros (FAQSV/DRASS) pour 1 an

Lancement du programme de formation : 2003

Formateurs : Médecin interniste (expert) /médecins généralistes formés en alcoologie

Formation : un projet structuré en 2 étapes

1ère étape : formation des formateurs. 62 médecins généralistes formés au cours du dernier trimestre 2003 dans le cadre de séminaires de 2 jours organisés dans chacun des départements de la région. Formation RPIB menée relativement aux conduites de consommation à risque d'alcool et de tabac.

2ème étape (en cours de réalisation) : promotion de réunions de formations RPIB en soirée dans chaque association de FMC des 4 départements de la région.

Evaluation :

Dispositif d'évaluation interne sur la base d'un questionnaire d'évaluation à 6 mois adressé aux 62 médecins généralistes formés dans le cadre des séminaires et structuré autour de 5 thèmes : 1. mise en pratique des acquis de la formation, 2. difficultés rencontrées pour la mise en œuvre, 3. souhait d'une formation complémentaire, 4. possibilités d'organisation d'une formation soirée dans une association locale de FMC, 5. pertinence d'une extension de la démarche à d'autres professionnels de santé.

BRETAGNE

GENESE DU PROJET RPIB DANS LA REGION

En Bretagne, la stratégie de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève auprès des médecins généralistes est en cours d'élaboration. Aussi, nous exposerons ici essentiellement les modalités de sa mise en œuvre ainsi que les objectifs envisagés par les promoteurs. Mais, à ce stade d'élaboration de la stratégie, il n'est guère possible d'en évaluer l'impact. Seules certaines difficultés rencontrées ou projetées pourront être signalées. De même, nous ne pourrons pas explicitement dégager les points forts de la stratégie, sauf à restituer l'appréciation des promoteurs sur les éléments qui, à ce jour, paraissent pertinents ou prometteurs.

Principales opportunités, motivations majeures

Piloté par la DRASS, l'URML ainsi que l'ANPAA régionale, le projet dit "DEPAR" (DEpistage et Prise en charge de l'Alcoolisation à Risque) se construit en étroite collaboration avec l'équipe du programme "Boire moins c'est mieux" et sur la base d'un dispositif de visites effectuées au cabinet du médecin généraliste par des acteurs de prévention. La mise en œuvre de ce projet procède de la rencontre fructueuse entre la DRASS et l'URML toutes deux intéressées par la promotion de démarches de santé publique auprès des médecins libéraux et soucieuses d'instaurer un partenariat à cet effet. Dans cette perspective, les deux institutions ont donc signé une convention de partenariat.

Relativement au projet DEPAR, en plus de cette volonté générale commune de travailler ensemble, il est possible de dégager des motivations propres à chacun des deux partenaires.

Ainsi, pour la DRASS, un tel projet est venu conforter une volonté de lutter contre les alcoolisations excessives dont l'ampleur pour la région et tout particulièrement chez les médecins de ville a été attestée par des enquêtes épidémiologiques. En effet, malgré des évolutions à la baisse notables, la Bretagne appartient à cette moitié Nord de la France de longue date repérée pour l'importance des maladies liées à la surconsommation d'alcool relativement à la moitié Sud du pays [67, 68]. De plus, elle compte parmi les régions où la prévalence des patients à risque d'alcoolisation excessive en ville

est très élevée comparativement aux taux recensés dans d'autres régions [69, 70]. Le poids de cette épidémiologie régionale a très tôt alerté les autorités sanitaires qui ont fait de la lutte contre les troubles liés à l'alcool une de leur priorité toujours activée à ce jour. Par ailleurs, les autorités sanitaires ont également souhaité accorder une place accrue à la prévention dans leurs programmations. Entre autres éléments le constat d'une fragilité des acteurs de prévention sur les territoires tout comme des missions de promotions de la santé, celui d'une difficulté à impliquer les professionnels du secteur libéral a compté dans la pertinence reconnue au projet DEPAR.

Du côté de l'URML, plus que les données épidémiologiques, c'est la cohérence du projet DEPAR avec la priorité accordée par l'Union à la promotion de la prévention qui en a motivé l'adoption. Partie prenante des axes prioritaires définis par l'URML, le développement de la prévention comptait déjà un certain nombre de projet. Mais aucun ne portait sur l'alcool ou autres conduites addictives, pas plus qu'ils ne faisaient l'objet d'un partenariat avec la DRASS. Dès lors, le projet DEPAR a été accueilli au titre d'un renforcement des actions priorisées déjà à l'œuvre. Par ailleurs, une enquête menée sur le dépistage du mésusage des boissons alcoolisées en médecine générale auprès d'un panel représentatif de médecins bretons dans le cadre des baromètres des pratiques en médecine générale assurés par l'URML est venu conforter l'intérêt d'un tel projet [71].

Par ailleurs, sollicitée pour porter le projet, l'ANPAA régional y a trouvé une double opportunité : initier en Bretagne une action portée par l'ANPAA national via le programme "Boire Moins C'est Mieux" d'une part, élargir les compétences professionnelles des animatrices de l'ANPAA d'autre part.

Conception du projet RPIB

La stratégie de promotion du RPIB auprès des médecins généralistes telle qu'elle est formalisée actuellement dans le projet DEPAR procède d'un premier travail initié en 2002 mais dont les orientations n'ont pas pu se concrétiser.

Ainsi, dès avant la sollicitation de l'équipe BMCM au titre d'expert formateur de formateurs et de l'ANPAA au titre de porteur du projet, un groupe composé notamment de professionnels, d'experts et d'institutionnels de la DRASS et de l'URML s'est réuni lors d'ateliers pendant plus d'une année afin de bâtir les soubassements d'une sensibilisation globale des médecins à la problématique de l'alcoolisation excessive et de formations spécifiquement consacrées au RPIB.

Inspiré de la stratégie bourguignonne, le modèle défini à l'issue des ateliers comportait deux grands volets : la construction d'un site internet – comportant notamment un annuaire des structures et services disponibles pour la prise en charge des patients à risque ou dépendants à l'alcool- à destination de tous

les médecins généralistes bretons et l'organisation de formations RPIB en collaboration avec les associations de formations médicales continues locales. Celles-ci étaient conçues comme le maître d'œuvre des formations RPIB, là où l'URML se voyait octroyer le rôle de maître d'ouvrage notamment pour une mobilisation des médecins et l'ANPAA un rôle pour la formation des formateurs. L'esprit de ce premier projet partait du constat que les associations de formation médicale continue dynamiques et actives sur la région constituaient un interlocuteur privilégié et, plus que tout autre structure, légitime en la matière. En particulier, l'URML ne souhaitait pas se substituer à leur action, non seulement du fait de leur dynamisme mais encore du fait de l'incapacité de l'Union à centraliser toutes les formations au niveau régional.

Bien avancé sur la construction du site internet, ce premier modèle a achoppé sur le volet formation essentiellement du fait de la faible réactivité des associations de formation médicale continue. Parmi les présidents d'associations invités à s'impliquer dans le projet, un seul a concrètement pris part aux ateliers, essentiellement pour signaler son pessimisme quant à la faisabilité d'un tel projet. Aux yeux des promoteurs actuels, plus qu'une réticence du dispositif de formation médicale continue en tant que tel, ce positionnement doit surtout être rapporté aux résistances classiques manifestées par les médecins généralistes face aux problématiques d'alcoolisation. Citons notamment le fait que l'alcool reste un sujet tabou. Les médecins y associent des problématiques de dépendance plus que d'alcoolisation à risque. La thématique les renvoie à des expériences souvent douloureuses de suivi de patients dépendants. Ils en infèrent un sentiment d'échec. Dès lors, les présidents de FMC eux-mêmes se heurtent à la difficulté de mobiliser plus de 10 % à 15 % des médecins sur ce type d'intervention.

A l'issue de cette première expérience, le comité de pilotage du projet DEPAR a été resserré autour de l'URML de la DRASS et de l'ANPAA. Une nouvelle stratégie a été imaginée, à décliner au niveau local et régional.

Afin d'assurer localement la promotion du RPIB auprès des médecins généralistes, les promoteurs ont choisi de tester une démarche innovante qui semble avoir fait ses preuves dans la région sur d'autres thématiques : la visite de prévention. Cette démarche a déjà été utilisée par l'URML sur le thème du progrès thérapeutique. L'expérience a mis à jour l'intérêt qu'une telle visite suscitait chez les médecins ainsi que leur capacité à changer leurs pratiques sur cette base. Elle a également permis à l'URML de réaliser sa capacité à piloter ce type de projet. Des visites au cabinet des médecins généralistes ont également été assurées par des sages femmes dans le Morbihan afin de promouvoir l'allaitement maternel. Là aussi, les résultats se sont avérés très concluants. De ces deux expériences

est née l'idée de tester la pertinence d'une visite de prévention axée sur le RPIB sur 2 sites pilotes, le pays de Vitré et le pays de Guingamp.

En plus de ce type de promotion du RPIB par des visites de prévention, le projet DEPAR compte une stratégie plus large ciblant les 3000 médecins généralistes bretons. Ici, les promoteurs souhaitent s'appuyer sur la conception d'un site internet – héritage de la première stratégie. Actuellement opérationnel concernant les informations relatives aux professionnels et structures spécialisées susceptibles d'accueillir des patients à risque ou dépendants, ce site doit être complété par des éléments de connaissances relatives au RPIB. Aux yeux des promoteurs, ce site internet ne doit pas être strictement centré sur les troubles liés à l'alcool mais plutôt proposer une approche d'ensemble des démarches de prévention que les médecins peuvent s'approprier avec profit.

Les promoteurs travaillent également à l'élaboration d'un Cdrom présentant le contenu principal, les outils et les enjeux du RPIB et qui sera diffusé à l'ensemble des médecins généralistes de la région.

Le projet DEPAR est conçu en lien avec les dispositifs d'animation territoriale existants à titre expérimental dans 7 pays de la région (dont 5 financés par la DRASS et 2 par l'URCAM). Les promoteurs - la DRASS en particulier - projettent de créer une synergie entre la stratégie de promotion de la santé portée par les animateurs territoriaux et celle inscrite dans le projet DEPAR. Non encore lancée mais partie prenante des orientations adoptées par le comité de pilotage, une rencontre entre les animateurs territoriaux et les actrices en charge des visites de prévention est envisagée comme un support supplémentaire permettant d'asseoir dans le même temps l'action des visiteuses et celle des animateurs territoriaux. Parallèlement, des rencontres sont envisagées avec les présidents de pays ainsi qu'un certain nombre de leaders locaux afin de développer un terreau favorable à la réception de l'action de promotion du RPIB.

Finalement, les promoteurs s'entendent sur une finalité qui excède les objectifs premiers assignés au projet DEPAR. En effet, si la sensibilisation et la formation des médecins généralistes au RPIB en matière d'alcool est au cœur de ce projet, les promoteurs y voient également une action "tremplin" qui - sous réserve qu'elle montre sa faisabilité et sa pertinence - serait susceptible d'être étendue à d'autres conduites addictives et de favoriser plus globalement l'adoption de pratiques de prévention en matière de santé publique par les médecins généralistes.

Inscription du projet RPIB dans les schémas d'intervention des autorités sanitaires

En Bretagne, les autorités sanitaires s'impliquent de longue date dans la lutte contre les troubles liés à la consommation d'alcool. Dès 1996, la première Conférence Régionale de Santé (01/10/96) a institué

l'alcool comme l'un des déterminants majeurs de problèmes de santé particulièrement aigus dans la région. En 1998, un Plan Régional de Santé dit "Contre les alcoolisations excessives, les Bretons s'organisent" a vu le jour. Axé sur la prévention primaire et secondaire basée sur le repérage et une prise en charge précoce des alcoolisations excessives, ce programme a été structuré en deux grands volets : agir en amont contre la banalisation des conduites d'alcoolisation excessive et permettre à chaque personne de bénéficier d'un dispositif coordonné de prévention et d'aide médico-psychologique. A l'occasion de la préparation de la Conférence Régionale de Santé de 2001, un premier bilan de ce PRS a été réalisé qui en a réaffirmé la pertinence et demandé à ce que les actions lancées soient poursuivies [67].

A partir de 1999 les actions lancée dans le cadre des actions du PRS alcool ont été tout à la fois réorientées et stimulées par un changement d'orientation intervenu au plan national et formalisé dans le plan triennal de la MILDT (1999-2001). Axé sur l'ensemble des conduites addictives et privilégiant une approche globale plus que par produit, ce plan a reçu un accueil très favorable dans la région. Les autorités sanitaires y ont vu un support innovant et par là même dynamisant pour poursuivre leurs actions au sein de l'architecture plus globale proposée par la MILDT. L'élargissement du PRS à l'ensemble des conduites addictives a été consigné dans le Plan Régional de Santé Publique de Bretagne (2001-2002) [72].

Au total, ciblant un renouvellement de l'approche des conduites d'alcoolisation par les médecins généralistes et plus généralement un développement de pratiques de prévention relatives aux conduites à risques, le projet DEPAR s'inscrit pleinement dans les finalités poursuivies par les autorités sanitaires aussi bien en matière d'alcool que de prévention. De plus, les acteurs impliqués dans le projet partagent un référentiel commun invitant à l'adoption d'une approche graduée des conduites addictives ainsi qu'à une refonte des partenariats entre les professionnels de santé en la matière.

Partenariat et financement

Le comité de pilotage du projet DEPAR est composé de la DRASS de l'URML et de l'ANPAA régionale. Cette dernière étant chargée d'en assurer la coordination et la mise à disposition d'animatrices pour la réalisation des visites de prévention. Dès la réorganisation du projet autour du dispositif des visites de prévention, les promoteurs ont fait appel à l'équipe du programme "Boire Moins C'est Mieux" ainsi qu'à un consultant afin qu'ils assurent la formation des futures visiteuses. L'expertise des professionnels sollicités à cette fin participe également à la construction globale de la stratégie.

La DRASS est en charge du financement du projet. Un montant de 60 000 euros lui a été attribué pour l'année 2003-2004. La même somme devrait être consacrée au projet en 2004-2005 pour la poursuite de l'expérience.

FORMATIONS : MODALITES ORGANISATIONNELLES

Les formateurs

A ce jour, les professionnelles en charge de la sensibilisation et de la formation des médecins généralistes au RPIB sont des animatrices de l'ANPAA. Ceci procède pour partie de la réorientation de la stratégie à partir de 2003 dans la mesure où des médecins généralistes et des alcoologues étaient pressentis pour être formateurs dans le cadre du premier projet qui n'a pas pu voir le jour. Néanmoins, la sollicitation d'acteurs de prévention est aussi un choix à part entière, concordant pleinement avec les finalités assignées à l'actuel projet. Nous l'avons vu, plus qu'une promotion stricte du RPIB en matière d'alcool, le projet DEPAR vise une sensibilisation plus globale des médecins à la prévention. Dès lors, les promoteurs sont moins en quête de spécialistes du RPIB que de professionnels de la prévention formés au RPIB pour assurer les formations. Sans nier la pertinence d'une formation par des médecins généralistes ou des alcoologues, les promoteurs tendent à penser que, faute de temps, ce type d'acteurs pourraient difficilement s'impliquer dans un dispositif de visites à échelle régionale. De plus, le choix d'acteurs de prévention sur un tel dispositif est aussi porté par la volonté – de l'URML en particulier - de promouvoir l'interprofessionnalité. Si les médecins généralistes sont à plus d'un titre pleinement désignés pour former leurs pairs, les promoteurs estiment que les médecins généralistes peuvent aussi grandement bénéficier de l'expertise d'autres professionnels.

Formation des formateurs

La formation à la visite de prévention s'inscrit dans une démarche de formation-action. Les futures visiteuses suivent plusieurs sessions de formations entrecoupées de visites "tests" auprès de médecins généralistes de leur département préalablement identifiés par l'URML. Cette modalité de formation a été décidée dans l'idée que les formatrices puissent parfaire l'acquisition de leurs savoirs et compétences en matière de RPIB et de conduite d'entretien dans le même temps qu'elles les expérimentent sur le terrain.

Deux intervenants animent les formations. Un expert de l'équipe BMCM assure la transmission de connaissances relatives au RPIB - son contenu, ses outils, ses enjeux - et dispense son expérience en matière de formations de médecins généralistes au RPIB – les écueils probables, les adaptations

possibles…Un expert consultant anime l'acquisition de compétences communicationnelles et de conduite d'entretiens nécessaires à la menée de telles visites.

A ce jour, les futures formatrices ont suivi trois journées de formations. Une demie journée de formation a été consacrée à l'enseignement des données essentielles relatives au RPIB. Par la suite, la formation a été structurée autour de jeux de rôles et entrecoupée par la réalisation de visites "test" auprès de médecins généralistes. La restitution de l'expérience des formatrices s'est faite en présence de certains des médecins visités. Débriefing et jeux de rôles ont ici servi de support à l'amélioration du contenu et de la forme à donner aux futures visites.

Visiteuses et médecins "tests" sont rémunérés pour leur participation à cette étape du protocole, à raison de 28 € de l'heure pour les premières et d'un forfait de 200 € pour les seconds.

Dispositif de formation

A l'issue de la phase test de formation-action, 150 médecins généralistes exerçant dans les pays de Guigamp et de Vitré vont recevoir deux visites de prévention à trois semaines ou un mois d'intervalle. La première visite consistera à leur transmettre les messages essentiels concernant le RPIB – alcoolisations à risques et prévalence dans la clientèle des médecins de ville / légitimité du médecin / efficacité / présentation des outils. Les médecins seront également invités à expérimenter le RPIB auprès de leurs patients. A cet effet, des documents d'informations ainsi qu'un questionnaire de repérage leur seront remis. Plus longue que la première, la seconde visite aura pour objectif de recueillir l'appréciation des médecins tant sur la première visite de prévention que sur leur pratique éventuelle du RPIB – essayé ou non / difficultés / impression…

Trois animatrices de l'ANPAA sont chargées d'assurer ces visites sur les deux pays, mais sept d'entre elles ont suivi la formation. En effet, sous réserve que le dispositif fasse la preuve de sa pertinence, les promoteurs ont souhaité d'emblée se doter d'une équipe mobilisable en vue de l'extension du projet à toute la région.

Stratégie de mobilisation des médecins généralistes pour participer aux formations

La première démarche partie prenante d'une mobilisation des médecins généralistes pour leur participation aux visites de prévention repose sur la sensibilisation globale qui sera menée au travers du site internet et de la diffusion du Cdrom.

Par ailleurs, l'URML a assuré le recrutement des médecins ayant participé aux visites "tests" par des sollicitations téléphoniques et l'envoi d'un courrier. De plus, l'Union est également chargée de mobiliser ses réseaux et tout particulièrement ses leaders locaux afin de promouvoir l'extension du projet.

CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE DES STRATEGIES REGIONALES

2002-2003

Travail avec les premiers partenaires autour de la première version du projet. Confection d'un site internet recensant les structures et professionnels spécialisés pour la prise en charge des patients à risque ou dépendants de l'alcool.

2003-2004

Formation des formatrices et visites tests (Septembre-Décembre)

2004-2005 (calendrier prévisionnel)

Finalisation des documents (site internet-Cdrom) (Janvier)

Rencontre avec les animateurs territoriaux (Janvier)

150 visites dans les deux sites pilotes (Mars)

Expérimentation du RPIB par les médecins visités (Avril)

2ème visite aux 150 médecins (Mai)

PERSPECTIVES

Actuellement, seules des animatrices de l'ANPAA ont été formées dans le dispositif de formation-action précédemment exposé et seul le dispositif de visites de prévention est en phase de "test" avant lancement pour une promotion locale du RPIB. Pour autant, le comité de pilotage réfléchit à la formation d'un pool de médecins "ressources" susceptibles de devenir formateurs au RPIB auprès de leurs pairs. Ces médecins seraient ciblés sur la base de leur expérience ou de leur intérêt en matière de formation ou d'addictologie et leur formation au RPIB serait confiée à l'équipe BMCM.

Par ailleurs, afin de favoriser au mieux l'impact du site internet et du Cdrom, les promoteurs souhaiteraient accompagner leur diffusion par des actions de communication et de médiatisation dans la presse grand public et professionnelle. Néanmoins, faute de financement et de disponibilité, ces actions paraissent à ce jour difficilement réalisables.

Dans le même temps qu'ils affinent leur stratégie, les promoteurs étudient la mise en œuvre prochaine d'un dispositif d'évaluation des visites de prévention. Idéalement, celui-ci comporterait 2 volets : un recueil de pratiques auprès des médecins généralistes et une enquête d'opinion auprès des patients.

Afin de concrétiser l'ensemble de ces perspectives et permettre l'extension du projet à toute la région, les promoteurs prévoient de mobiliser de nouveaux partenaires : l'URCAM pour une participation au financement et les CODES pour assurer une partie des formations.

FICHE SYNTHETIQUE POUR LA BRETAGNE

Population totale : 2 938 188 France : 59 038 0459

Importance du problème

Prévalence de consommation quotidienne d'alcool au cours des 12 derniers mois parmi les 12-75 en 2000 = **20%**

Prévalence des ivresses au cours des 12 derniers mois parmi les 12-75 ans en 2000 = **22,4%**

Proportion observée de patients de médecin générale à risque d'alcoolisation sans dépendance = à partir des prévalences d'usage régulier à risque[18] = **8,4% des hommes** (921) et **3,1 % des femmes** (1212) ; à partir de la prévalence d'usage ponctuel à risque[19] = **16,7% des hommes** (921) et **2,5 % des femmes** (1212).

Nombre de **buveurs** venus consulter dans les centres spécialisés en alcoologie (**CCAA**) en 2002 = **6 837** => rang de classement (Bretagne à l'ensemble des régions) = 6 (nombre total en France = 95 519)

Nombre de **buveurs** venus consulter dans les centres spécialisés en alcoologie (**CCAA**) **par 1000 habitants** de 20 à 70 ans = **3,7** => rang de classement (Bretagne à l'ensemble des régions) = 4 (nombre total en France =2,5)

Décès avant 65 ans par alcoolisme et cirrhose par 10 000 habitants de 40 à 64 ans = **5,9** => rang de classement (Bretagne à l'ensemble des régions) = 2 (nombre total en France =3,8)

Surmortalité pour les pathologies liées à l'imprégnation éthylique chronique à partir des variations des taux de mortalité par rapport à la moyenne française de 1992 à 1996 = **20% ou moins au-dessus de la moyenne nationale**

[18] Plus de 5 verres pour les hommes et 3 verres pour les femmes.

[19] Plus de 6 verres occasionnellement.

Prise en compte de l'alcool dans la politique sanitaire régionale

- Existence d'un PRS-alcool (2001-2002) "contre les consommations excessives d'alcool, les bretons s'organisent" reorienté vers les conduites addictives en 2002.
- Existence d'un PRAPS-2ème génération (2003-2006) inscrivant l'alcool parmi ses priorités d'action (pas de référence particulier au rôle de médecins généralistes en matière de RPIB).
- Existence d'un schéma régional en éducation pour la santé (SREPS) pour la période 2003-2006. En 2002, 48 % des actions d'EPS de l'Etat ont porté sur le thème des addictions et 10 % spécifiquement sur l'alcool sur les budgets de l'Assurance maladie.

Professionnels généralistes et structures spécialisées d'alcoologie

Nombre de médecins généralistes : 3 244 (67 320 en France métropolitaine)
Densité de médecins généralistes pour 1 000 habitants : 111,11 (115 en France métropolitaine)
Nombre de lieux de consultation ouverts : **23 dont 5 ouvrent plus de 35 heures pas semaine** (4 non réponses).

Stratégies de RPIB mises en place et mobilisation des acteurs

Recherche action en cours préalable à la définition de la stratégie globale
2 sites pilotes : pays de Vitré et pays de Guingamp

Porteurs de projet : DRASS/URML/ANPAA Bretagne
Promoteur : ANPAA Bretagne dans le cadre du projet DEPAR (DEpistage et Prise en charge de l'Alcoolisation à Risque.
Partenaires principaux : BMCM et groupe DEPAR (URML, DRASS, CRES, ANAES, ANPAA Bretagne)
Financement : 60 000 euros pour 1 an (DRASS)
Lancement du programme de formation : 2004
Formateurs : visiteurs de prévention ANPAA

Formations : niveaux d'intervention auprès des médecins généralistes

Régional : stratégie de sensibilisation, information et formation sur la base de supports médiatiques (gestion de la rubrique « alcool » du site internet www.bretagneprevention.fr + élaboration et diffusion aux 3 000 médecins généralistes bretons d'un Cdrom sur l'intervention brève)

Local : formation des médecins généralistes par le biais d'un entretien avec un visiteur de prévention se déplaçant au cabinet du médecin. Deux ou trois visites envisagées auprès de chaque médecin généraliste.

Evaluation (prévisionnelle) :

Dispositif d'évaluation interne sur plusieurs niveaux :

(1) Evaluation de la formation sur la base d'un questionnaire de satisfaction remis aux participants puis recueil de pratiques effectué à 6 mois à partir de courrier et relances téléphoniques pour estimer l'adoption du RPIB par les médecins généralistes ainsi que les difficultés rencontrées.

Aussi, évaluation de la diffusion du Cdrom sur la base d'une enquête postale ou téléphonique estimant le niveau de connaissance des médecins généralistes en matière de RPIB ainsi que leur appréciation du contenu de l'outil.

(2) Evaluation de l'impact des visites de prévention sur le changement des pratiques professionnelles : proposition faite aux médecins généralistes de recenser sur une période donnée leur pratique sur la base d'un questionnaire remis aux médecins généralistes.

CHAMPAGNE ARDENNE

GENESE DU PROJET RPIB DANS LA REGION

En Champagne Ardenne, la formation des médecins généralistes au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie s'inscrit essentiellement dans le cadre des formations pluriprofessionnelles à dimension régionale assurées par le réseau de santé ADDICA[20]. En plus des membres du réseau, plusieurs professionnels de santé de la région – en particulier les membres de l'ANPAA - ont, de longue date, manifesté le souci de changer l'approche des conduites d'alcoolisation et les prises en charge des patients concernés, notamment par une mobilisation plus large des médecins généralistes. Pour autant, l'ensemble des acteurs concernés a moins œuvré à la définition d'une stratégie de formation RPIB alcoologie en tant que telle qu'à la création d'un réseau de santé addiction au sein duquel une approche et une formation au repérage précoce et à l'intervention brève prenaient tout leur sens.

Principales opportunités/motivations majeures

L'organisation des formations RPIB dans le cadre du réseau ADDICA est le fruit de dynamiques antérieures à la création du réseau et qui sont venues se nourrir les unes les autres. Ainsi, un premier projet de formation des médecins a été conçu par l'ANPAA en collaboration avec la DRASS et quelques médecins libéraux dans le cadre du PRS alcool (1998-2002). L'objectif était de promouvoir la rencontre de médecins généralistes mobilisés avec les équipes de CCAA et de liaison afin de tisser un réseau local de proximité et d'impulser une sensibilisation au RPIB. La thématique RPIB n'était pas encore strictement formalisée comme telle à ce moment là mais la diffusion d'une nouvelle approche des patients aux prises avec des troubles liés à l'alcool était bien au cœur du projet. Les promoteurs ont œuvré à la concrétisation de ce dernier mais, faute de financement, il a du être abandonné. Sollicité, le

[20] Au 15 février 2004 : le réseau comptait 210 professionnels dont 49% de médecins à part égale entre généralistes et spécialistes. (54 médecins généralistes).

Fond National de Prévention, d'Education et d'Informations Sanitaires (FNPEIS) a considéré que malgré son fléchage PRS, le projet ne pouvait passer en priorité du moment.

En plus de cette première mobilisation, la thématique RPIB a également compté parmi les préoccupations d'un petit nombre de médecins libéraux membres de médecine Générale et conduites addicTive (GT 51) à l'origine de la création d'ADDICA. Certains se sont dotés d'une expertise en la matière notamment à travers la participation à l'élaboration de recommandations pour la pratique clinique concernant les conduites d'alcoolisation et les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance sous l'égide de la Société Française d'Alcoologie [15, 58, 73] [58] [73].

Aussi, la naissance du réseau a permis de donner un cadre de promotion à ces préoccupations partagées.

Conception du projet RPIB

Le réseau de santé ADDICA est tout à la fois le promoteur principal des formations RPIB dans la région et le cadre au sein duquel elles prennent place. L'objectif principal du réseau consiste en l'élaboration et la diffusion d'une culture de travail en partenariat pour renouveler l'approche des troubles liés aux addictions et à la précarité. Sur ces problématiques, le réseau vise une ouverture et un rapprochement mutuel de la ville vers l'institution et réciproquement. La formation des professionnels au sens du travail en réseau, à l'éthique du partage d'informations constitue le ferment essentiel d'un renouvellement global des pratiques comme de la prise en charge des addictions. Aux yeux du porteur de projet comme de ses partenaires, l'implication des professionnels dans un réseau de santé de ce type, le partage d'une "culture réseau", l'échange de pratiques[21], favorisent l'abord des problématiques d'alcoolisation en dehors de la dépendance et l'adoption du RPIB.

En matière de formation, priorité est accordée à l'acquisition de cette "culture réseau" ainsi qu'à l'appropriation des outils de travail en réseau mis au point par ADDICA. Le RPIB compte parmi les thématiques possibles de formation, une fois que les professionnels se sont emparés des principes essentiels du travail en réseau.

Le modèle de ces formations a été élaboré à partir du programme constitué par l'équipe de Boire Moins C'est Mieux. Un expert a été sollicité en vue d'une initiation aux principaux concepts et principes pédagogiques forgés par BMCM. ADDICA et ses partenaires ont par la suite procédé à un travail d'appropriation et d'adaptation des données du programme BMCM au cadre de formation de la région.

[21] Notamment par l'utilisation de dossiers patients partagés.

Inscription du projet RPIB dans les schémas locaux d'intervention des autorités sanitaires

En Champagne Ardenne, la lutte contre les troubles liés à l'alcool ainsi que l'implication des médecins généralistes dans le repérage de conduites à risques font partie des priorités affichées par les autorités sanitaires. Celles-ci ont été confortées par les données épidémiologiques relatives à l'alcool mises à jour notamment en 2000 par l'Observatoire Régional de la Santé [74].

Le programme régional de santé "Le risque alcool en Champagne Ardenne" couvrant la période 1998-2003 incluait dans ses objectifs principaux la formation initiale des médecins à la prise en charge des personnes en difficultés avec l'alcool ainsi que la promotion de la formation continue des médecins sur la thématique alcool. De plus, des journées d'échanges sur les pratiques entre médecins généralistes et intervenants en alcoologie constituaient l'une des fiches d'actions consignées dans le plan, les médecins généralistes étant conçus comme les "pivots du système de soins" [75]. Ce premier PRS témoigne d'une volonté institutionnelle d'impulser un renouveau dans la perception et la prise en charge des problématiques d'alcoolisation. Ses orientations concordent avec la philosophie du RPIB. Pour autant, l'essentiel des stratégies décidées dans ce PRS n'ont pas vu le jour.

La problématique alcool est reprise au sein du Programme Régional de Santé Publique (PRSP) qui entrera en vigueur courant 2005. La formation de médecins généralistes et de médecins du travail au repérage précoce et à l'intervention brève compte parmi les neuf items priorisés à ce jour. Cette décision procède d'un besoin régional identifié de longue date. Elle répond également à la volonté de donner corps aux objectifs fixés dans le dernier plan de la MILDT.

Au total, de telles visées institutionnelles rencontrent pleinement celles portées par le réseau ADDICA. Pour autant, à l'heure actuelle cette concordance n'a pas été formalisée au sein d'un programme d'action RPIB commun.

Partenariat et financement

Depuis sa création en 2001, les principaux partenaires mobilisés par ADDICA au titre de son financement sont l'URCAM, l'ARH, la DRASS, les DDASS, la ville de Reims, le Conseil Régional, la Caisse d'Epargne.

Ainsi, le réseau a obtenu un accord favorable de l'URCAM Champagne Ardenne pour son financement pendant 3 ans dans le cadre du FAQSV en Juin 2001. Entre 2001 et 2003 la subvention FAQSV a assuré 90 % de son budget soit 460 000 euros. Les 10 % restants provenant d'un contrat-ville de Reims-Région ainsi que d'un financement Caisse d'Epargne aux missions d'intérêt général. En juillet

2003, ADDICA a sollicité un financement DRDR22 (Dotation Régionale de Développement des Réseaux) qui lui a été accordé en Décembre 2003 par décision conjointe de l'ARH et de l'URCAM. Dans ce cadre, le réseau a perçu 210 402 € en 2004 et percevra 300 000 € à partir de 2005. Ces financements sont alloués pour l'activité globale du réseau sans distinction particulière pour ses actions en matière de RPIB. Récemment, ADDICA a été soutenu par la DRASS pour la diffusion d'un guide de bonnes pratiques portant sur les conduites d'alcoolisation en dehors de la dépendance.

En plus de ces partenariats, l'ANPAA.est un interlocuteur privilégié du réseau. Relativement aux formations RPIB en tant que telles, l'ANPAA dans chacun des départements de la région ainsi que l'intersecteur hospitalier d'alcoologie soutiennent fortement l'action d'ADDICA. Les équipes interviennent en tant que co-effecteur des formations ou bien y sont autant que possible associées. En effet, le porteur de projet et ses partenaires ont le souci d'impulser une dynamique locale de partenariat pour la formation RPIB. Les formations sont donc l'occasion d'initier une collaboration entre les médecins généralistes et l'ensemble des personnels qui sont leurs référents possibles dans le domaine de l'alcoologie.

FORMATIONS : MODALITES ORGANISATIONNELLES

Les formateurs

A ce jour, l'essentiel des formations RPIB qui se sont déroulées dans la région ont été animées par un binôme médecin généraliste/alcoologue. Leur formation a pour partie été assurée par l'intervention de deux experts du RPIB lors de journées de formation d'ADDICA.

Dispositif de formation

Le réseau ADDICA a développé un dispositif de formation RPIB séquencé en 2 temps. Une première demie journée est consacrée au repérage précoce. Une seconde demie journée porte plus spécifiquement sur l'intervention brève. Au total, 8 heures de formation sont assurées auprès de groupes pluriprofessionnels d'une vingtaine de personnes au maximum. La composition des groupes varie mais chacun d'entre eux comporte des médecins généralistes, des médecins spécialistes, des travailleurs sociaux. D'autres professionnels, psychologue, médecin du travail, diététicienne…sont

[22] Financement sur la 5ème enveloppe de l'ONDAM pérenne, géré au plan régional.

présents dans certains groupes [76]. A l'issue de chaque formation, un guide de bonnes pratiques relatif aux alcoolisations excessives est remis aux participants [77].

Concernant le repérage précoce un site Web a été mis à disposition des professionnels. Il comporte notamment un forum d'informations, de discussion et des dossiers partagés fournissant une expertise médicale pour faciliter le repérage des consommations à risque.

Le réseau a également assuré une sensibilisation plus globale au RPIB par l'envoi aux 2005 médecins généralistes de la région du guide de bonnes pratiques précédemment cité.

Stratégie de mobilisation des médecins généralistes pour participer aux formations

Le recrutement des médecins généralistes pour les formations est ici inhérent à leur implication ou non dans le réseau ADDICA. En effet, tout membre du réseau s'engage pour le suivi de 5 journées de formations indemnisées (15C/journée) sur 3 ans. Le RPIB n'est pas forcément inscrit au programme de ces formations. Seules les trois premières sessions de formation sur l'acquisition de compétences et d'outils pour le travail en réseau sont conçues comme incontournables. Pour le reste, la philosophie du réseau consiste à s'adapter aux demandes émergeant dans les groupes. Les thèmes de formation ne sont ni prévus à l'avance ni imposés, ils sont déterminés en fonction des souhaits manifestés par les professionnels. A ce jour, tous les groupes de formation ont sollicité et reçu une formation relative au RPIB. S'il n'existe pas à proprement parler de stratégie de recrutement des médecins généralistes pour des formations RPIB, il semble que l'implication de ces derniers dans le réseau ainsi que leur rémunération pour les formations constituent des éléments clés pour leur mobilisation. Le promoteur d'ADDICA et ses partenaires estiment qu'il s'agit de facteurs incontournables pour assurer la participation effective des professionnels aux différentes sessions. Ceci dit, implication dans le réseau et rémunération ne garantissent pas la présence aux formations. Il est nécessaire d'y associer des relances écrites et téléphoniques.

Si l'essentiel des formations RPIB est assuré dans le cadre du réseau ADDICA, d'autres types de formations sur cette thématique existent également dans la région. Celles-ci ne ciblent pas spécifiquement des médecins généralistes mais il est important de les signaler dans la mesure où elles rendent compte de la dynamique régionale de promotion du RPIB. En effet, les acteurs impliqués dans les formations RPIB manifestent le souhait de diffuser cette thématique au-delà du réseau. Dans cette perspective, le RPIB a fait l'objet d'une intervention à deux reprises deux années de suite (2002-2003) lors des journées de formation médicale continue de la faculté de médecine de Reims (journées GERBERT). L'argumentaire et les recommandations principales régissant la pratique du RPIB ont été

présentés en atelier (2h). Le RPIB est également abordé en formation initiale, une fois en 6ème année, une autre fois en fin de cursus (8ème ou 9ème année de formation). Enfin, le RPIB entre dans la formation dispensée dans le cadre du diplôme universitaire "substances psychoactives et conduites addictives" (Université de Reims).

CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE DES STRATEGIES REGIONALES

2001-2002

Lancement d'ADDICA

2002-2003

Sessions de formation sur le repérage et/ou l'intervention brève en alcoologie :

- 30/05/2002 :

Repérage des conduites d'alcoolisation, prise en charge des alcoolodépendants (groupe Reims)

- 19/09/2002 :

Repérage des conduites d'alcoolisation et interventions brèves en alcoologie (groupe Reims)

- 07/02/2003 :

Repérage des conduites d'alcoolisation (Groupe Ardennes)

- 05/06/2003 :

Approfondissement des interventions brèves en alcoologie (groupe Ardennes 2003)

- 06/11/2003 :

Alcool : repérages et interventions brèves (Chalons-Epernay)

Elaboration et diffusion d'un guide de bonne pratique - "les consommations d'alcool en dehors de la dépendance" - à l'ensemble des médecins de la région (2500).

DISPOSITIF D'EVALUATION

Dès le lancement du projet, l'instance du réseau ADDICA a mis en place un dispositif d'évaluation confié au bureau d'étude CEMKA-EVAL. Ce dispositif porte sur l'activité globale du réseau. Il s'agit de mettre en évidence les dimensions qualitatives et quantitatives du travail accompli. Les actions de formation RPIB ne font pas l'objet d'une évaluation spécifique. Elles comptent parmi l'ensemble des actions réalisées par ADDICA. Aussi, si les professionnels attestent fortement de leur satisfaction

relativement aux propositions et fonctionnement du réseau[23], et en particulier de l'utilité de la formation, il n'est guère possible de rapporter cette satisfaction aux formations RPIB en particulier. Il n'est pas non plus possible de mesurer l'impact des formations sur les pratiques professionnelles ou sur les comportements des patients en difficulté avec l'alcool. Ce travail ne faisait pas l'objet du dispositif d'évaluation prévu dans le cadre du financement FAQSV.

BILAN

Obstacles de la stratégie régionale

Les obstacles rencontrés par ADDICA et ses partenaires depuis la création du réseau sont pour partie liés à l'édification du réseau, pour partie aux actions RPIB.

Recrutement des professionnels

Ainsi, en dépit des progrès réalisés en la matière, ADDICA se heurte à des difficultés de recrutement des membres du réseau et des médecins généralistes en particulier. Le recrutement fonctionne essentiellement par le biais du bouche à oreille. Les professionnels se montrent peu sensibles aux communications de masse de type mailing par exemple. Recruter par bouche à oreille n'est pas dénué de qualité. C'est le gage d'une motivation importante des professionnels qui y sont sensibles et ce mode de recrutement permet une adaptation aux réalités locales. Les dynamiques des divers bassins géographiques quant à l'intérêt porté au travail en réseau sont respectées. Néanmoins, ce mode de recrutement suppose un investissement important de la coordination (relances, contacts téléphoniques, rencontres de présentation…) et ses résultats restent insatisfaisants.

D'évidence, la difficulté à recruter de nouveaux membres pour le réseau se reporte sur le recrutement pour les formations. Relativement au RPIB cette difficulté est encore accentuée par le fait que l'alcool est un thème globalement peu mobilisateur. Afin de stimuler la participation aux formations, leur dispositif a été modifié. Longues d'une journée initialement, les sessions de formations ont été ramenées à une durée d'une demie journée. Ce changement s'est avéré très probant mais l'effort doit être poursuivi tout particulièrement en amont, pour une implication plus large des professionnels dans le réseau de santé.

[23] Selon le rapport d'évaluation réalisé par CEMKA-EVAL en 2004, 83% des professionnels se disent satisfaits de la relation à la coordination et 79% du fonctionnement du réseau.La formation est l'outil du réseau jugé le plus utile par les professionnels. A leurs yeux, elle apporte des réponses concrètes aux questions qu'ils se posent et améliore les réponses apportées aux patients.

Partenariat

Par ailleurs, ADDICA pâtit du manque d'implication de partenaires incontournables tels que l'URML, le CAST (Centre d'Accueil et de Soins pour Toxicomanes)…. Le réseau se trouve relativement isolé vis-à-vis de structures ou institutions de ce type. Il se heurte à un blocage au niveau des échanges d'informations. Pourtant, l'interconnaissance des professionnels de santé, leurs dispositions et capacités à travailler de concert gagneraient à être portées par plusieurs instances elles-mêmes inscrites dans une synergie. Afin de pallier ces difficultés partenariales, le réseau maintient des relances vers ses possibles partenaires sans grand résultat à ce jour. Ceci dit, l'ouverture des institutions vers la ville et réciproquement est un processus nécessairement long dans le temps.

Régionalisation du réseau

A ce jour, la régionalisation d'ADDICA n'est pas achevée. Le réseau est bien implanté dans deux départements, la Marne et les Ardennes, mais il doit pouvoir se développer dans l'Aube et la Haute Marne. Cette extension ne va pas de soi. Elle confronte la coordination à de nouvelles difficultés d'implantation et d'historique. Dans l'Aube, la crainte manifestée par certains professionnels d'être absorbés dans un projet qui n'est pas le leur constitue un frein difficile à dépasser. En Haute Marne l'implantation du réseau se heurte au problème de la ruralité et du manque de cohésion des partenaires médicaux. Afin de pallier à ces obstacles, le promoteur envisage notamment "une analyse stratégique adaptée à chaque situation et une rationalisation de son fonctionnement" [76] et de nombreuses réunions d'information et de communication ont d'ores et déjà été organisées sur les sites de l'Aube et de la Haute Marne.

Une implication déficiente des autorités sanitaires

Les difficultés de recrutement, de partenariat et de régionalisation rencontrées par le réseau s'inscrivent plus généralement dans un contexte régional de forte instabilité des personnels de la DRASS ainsi que de rivalités interinstitutionnelles. Fortement impliquées dans la planification des schémas régionaux de santé, les autorités sanitaires peinent à concrétiser une véritable animation autour des programmes définis. Ce contexte favorise l'émergence ou la cristallisation de leaderships locaux qui contraignent l'action des professionnels sur le terrain et qu'une intervention en amont des services de l'état permettrait de minorer.

Points forts de la stratégie régionale

En dépit des difficultés mentionnées plus haut, ADDICA a suscité dès son lancement une forte adhésion de la part de ses membres. Il ressort que 74 % d'entre eux considèrent que la création du

réseau correspond à un besoin de prise en charge. ADDICA a été spécifiquement créé afin de permettre aux professionnels de santé présents dans un même bassin géographique d'apprendre à coordonner leurs actions afin d'œuvrer à l'amélioration de la qualité des soins proposées aux personnes en difficulté avec une conduite addictive. Dans ce contexte, les actions de formations RPIB ne constituent pas a priori un objectif prioritaire. Pour autant les fondements du RPIB concordent parfaitement avec la philosophie du réseau, et, concrètement, plus que tout autre professionnel ou institution de la région, c'est bien le réseau ADDICA qui a promu ce thème auprès de publics variés. Autrement dit, le réseau est gratifié par l'ensemble de ses partenaires d'une capacité à mobiliser autour d'un thème qui éveille généralement peu d'intérêt. Créé pour des missions qui excèdent largement les seules formations au RPIB, ADDICA est aujourd'hui identifié comme un pôle ressource en la matière dans la région.

PERSPECTIVES

Après quatre années d'existence, parmi toutes les actions en vue, le promoteur d'ADDICA projette de relancer les formations RPIB. Il souhaite notamment mettre l'accent sur les jeux de rôle dans les sessions consacrées à l'intervention brève. Les jeux de rôles font déjà partie du dispositif de formation mais leur utilisation est jugée insuffisante. Le promoteur souhaite à l'avenir impliquer tous les groupes dans la pratique du jeux de rôle, afin que les professionnels s'approprient au mieux la démarche de l'intervention brève.

Dans la perspective d'une diffusion nationale des formations RPIB, les acteurs actuellement impliqués dans la région mettent l'accent sur deux grands points apparemment contradictoires mais non exclusifs l'un de l'autre. D'une part ils soulignent l'importance de "renforcer l'existant" soit, permettre la poursuite et le développement de la dynamique de formation telle qu'elle s'est organisée depuis le lancement d'ADDICA. Inexistantes jusque là, les ressources locales de formation en la matière existent aujourd'hui et le promoteur tend à penser qu'il est plus efficace de s'appuyer sur ces ressources déjà à l'œuvre plutôt que d'instituer un nouveau dispositif spécifiquement dédié au RPIB. De ce point de vue, ADDICA et ses partenaires constitueraient des interlocuteurs privilégiés.

Un autre point de vue est pourtant défendu dans la région qui ne remet pas en question le rôle moteur du réseau de santé mais qui souligne l'opportunité de mobiliser les associations de formation médicale continue. L'ensemble des acteurs de la région s'accorde pour dire que le cadre de la formation médicale continue dite "classique" paraît peu propice à une diffusion du RPIB. En effet, les sessions habituelles de formation continue seraient notamment trop courtes et trop tardives pour permettre

l'acquisition du savoir et des techniques nécessaires à la pratique du RPIB. Ceci dit, il s'agit d'un dispositif de formation existant et qui bénéficie d'une grande audience auprès des médecins généralistes. Il paraît donc incontournable. Malgré tout, ce dispositif ne saurait être efficacement associé à la promotion du RPIB sans une refonte majeure de son fonctionnement. En particulier sans que l'obligation de formation devienne effective et que l'alcool soit érigé au rang des thèmes obligatoires.

FICHE SYNTHETIQUE POUR LA CHAMPAGNE ARDENNE

Population totale : 1 342 798 France : 59 038 0459

Importance du problème

Prévalence de consommation quotidienne d'alcool au cours des 12 derniers mois parmi les 12-75 en 2000 = 19%

Prévalence des ivresses au cours des 12 derniers mois parmi les 12-75 ans en 2000 = 9,8%

Proportion observée de patients de médecin générale à risque d'alcoolisation sans dépendance = à partir des prévalences d'usage régulier à risque[24] = 6,6% (ensemble hommes et femmes) ; à partir de la prévalence d'usage ponctuel à risque[25] = 4,8% (ensemble hommes et femmes)

Nombre de buveurs venus consulter dans les centres spécialisés en alcoologie (CCAA) en 2002 = 4 030 => rang de classement (Champagne Ardenne à l'ensemble des régions) = 10 (nombre total en France = 95 519)

Nombre de buveurs venus consulter dans les centres spécialisés en alcoologie (CCAA) par 1000 habitants de 20 à 70 ans = 4,7 => rang de classement (Champagne Ardenne à l'ensemble des régions) = 2 (nombre total en France =2,5)

Décès avant 65 ans par alcoolisme et cirrhose par 10 000 habitants de 40 à 64 ans = 4,5=> rang de classement (Aquitaine à l'ensemble des régions) = 6 (nombre total en France =3,8)

Surmortalité pour les pathologies liées à l'imprégnation éthylique chronique à partir des variations des taux de mortalité par rapport à la moyenne française de 1992 à 1996 = 20% ou moins au-dessus de la moyenne nationale pour les hommes et dans la moyenne nationale (± 20%) pour les femmes.

[24] Plus de 5 verres pour les hommes et 3 verres pour les femmes.

[25] Plus de 6 verres occasionnellement.

Prise en compte de l'alcool dans la politique sanitaire régionale

- Existence d'un PRS-alcool (1998-2002) sur les consommations excessives d'alcool. Le PRS 2ème génération sera orienté vers les conduites addictives à son adoption.

Professionnels généralistes et structures spécialisées en alcoologie

Nombre de médecins généralistes : 1 369 (67 320 en France métropolitaine)
Densité de médecins généralistes pour 1 000 habitants : 101,97 (115 en France métropolitaine)
Nombre de lieux de consultation ouverts : **15 dont 3 ouvrent plus de 35 heures par semaine** (8 non réponses).

Stratégies de RPIB

Cette stratégie s'inscrit dans le cadre d'un programme de formations pluriprofessionnelles à dimension régionale
4 sites : Marne, Ardennes, Aube, Haute-Marne

Porteur de projet : ADDICA (ADDIction précarité Champagne Ardenne)
Principaux partenaires : DRASS, ANPAA, URCAM
Financement : FAQSV, Assurance Maladie
Lancement du programme de formation : 2002
Formateurs : binôme médecins généralistes/Alcoologue

Formations :
- Actions menées auprès de groupes incluant des médecins généralistes (54 au 15 février 2004) et d'autres professionnels de santé tous membres du réseau ADDICA.
- Formations RPIB organisées selon un modèle en 2 temps : une demi journée consacrée au repérage précoce suivie d'une seconde demi journée consacrée à l'intervention brève. Formations inscrites dans une démarche plus globale d'implication des professionnels de santé dans un travail en réseau (élaboration d'une "culture réseau").

Concernant le repérage précoce un site Web a été mis à disposition des professionnels. Il comporte notamment un forum d'informations, de discussion et des dossiers partagés fournissant une expertise médicale pour faciliter le repérage des consommations à risque. Concernant l'intervention brève, un outil de formation a été mis en place. Son utilisation nécessite une courte formation de quelques jours. La création d'une brochure de bonnes pratiques envoyées à l'ensemble des médecins généralistes de la région vient compléter la formation.

Concernant le RPIB, cinq formations portant sur le repérage et/ou l'intervention brève en alcoologie ont été organisées entre février 2002 et novembre 2003.

Evaluation :

Dispositif d'évaluation externe portant sur l'activité globale du réseau ADDICA sur 2 ans.

ILE DE FRANCE

GENESE DU PROJET RPIB DANS LA REGION

Principales opportunités / motivations majeures

En Ile de France, la promotion du repérage précoce et de l'intervention brève auprès des médecins généralistes est indissociable de la mise en œuvre du protocole de phase IV du projet OMS par le programme Boire moins c'est mieux de l'ANPAA. Ce programme correspond simultanément à la déclinaison française du projet OMS et au type de diffusion du RPIB qui s'est déroulé dans la région.

En effet, conformément à la 4ème étape du projet de l'OMS, la stratégie de promotion du RPIB dans la région a pris les traits d'une recherche-action visant une diffusion de masse du RPIB auprès des médecins généralistes.

Dès avant l'inscription d'une telle stratégie dans le cadre de l'ANPAA (2000), un petit groupe d'alcoologues est entré en contact avec le groupe OMS coordonnant la phase IV. De part et d'autre, cette rencontre a signifié la possibilité de constituer en France un relais pour l'application du protocole de phase IV.

Sollicitée pour porter le projet, l'ANPAA y a vu l'opportunité de renouer avec ses missions de prévention secondaire initiées avec la création des Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie (CHAA) dans les années 1970 mais progressivement tombées en désuétude.

A partir de 1998, l'application de la stratégie de phase IV a été lancée en France sous la coordination du groupe OMS et le programme "Boire moins c'est mieux" est devenu pleinement opérationnel en 2000, au moment de son intégration au sein de l'ANPAA.

Conception du projet RPIB

Le programme Boire moins c'est mieux coïncide dans sa forme comme dans son contenu avec les exigences consignées dans le protocole de phase IV du projet OMS [78]. Globalement, il s'agit de concevoir et d'appliquer une stratégie permettant la généralisation de la pratique du RPIB en matière d'alcool en médecine de premier recours, dans les conditions habituelles d'exercice. A l'issue de la

phase III - portant sur les conditions de dissémination du RPIB -, il est apparu qu'un protocole expérimental digne de ce nom ne pouvait être mis en œuvre à cet effet. Dès lors, chaque pays participant à la phase IV s'est vu confier la tache d'examiner les stratégies les plus adaptées au contexte national. La démarche préconisée relève plus d'une expérimentation - ou "recherche-action" - que de l'application stricte d'un protocole pré-établi [44].

En conséquence, une latitude est accordée aux équipes de chaque pays. Néanmoins, celles-ci se doivent de suivre quatre composantes de bases pour la mise en œuvre du projet : procéder à une adaptation des outils du RPIB aux conditions d'exercice des soins primaires dans le pays considéré/ favoriser la diffusion de nouvelles représentations sociales en matière d'alcool / instituer une "organisation locomotive" susceptible de promouvoir le projet dans le pays et nouer des "alliances stratégiques" avec l'ensemble des acteurs permettant d'asseoir la stratégie dans le contexte national / réaliser des études de faisabilité.

Le programme Boire moins c'est mieux a été conçu comme une application de ce protocole de phase IV. Celle-ci a été réalisée à l'échelle de la région Ile de France et non à celle du territoire national.

Adaptation des outils du RPIB

Les promoteurs de BMCM se sont attelés en premier lieu au travail d'adaptation des outils du repérage et de l'intervention. Quatre cibles ont été privilégiées : les instruments de repérage, le kit d'intervention du médecin, les stratégies de mobilisation des médecins ainsi que les méthodes de formation.

Conformément aux préconisations de l'OMS, une étude préalable a été menée sur la base de dans le but d'établir les besoins en outils de repérage des médecins généralistes, les résistances qu'ils seraient susceptibles d'opposer à l'adoption du RPIB en pratique de routine ou, au contraire, les facteurs incitatifs à l'adoption de cette démarche [25].

Les résultats de cette étude ont servi de points d'appui pour l'adaptation de l'ensemble des supports favorisant l'appropriation du RPIB par les médecins.

OUTILS DU REPERAGE

Dans un premier temps, une version française du questionnaire AUDIT a été élaborée et validée[26].

Ceci dit, au regard de la faible audience recueillie par un questionnaire de ce type auprès des médecins généralistes ayant participé aux *focus groups*, les promoteurs de BMCM ont également œuvré à la création d'un nouvel outil de repérage plus adapté aux attentes et à la situation professionnelle des praticiens : le FACE [79, 80].

KIT D'INTERVENTION DU MEDECIN

En plus de ce travail visant la mise à disposition d'instruments de repérage pour les médecins généralistes, l'intervention globale du médecin auprès de patients présentant une alcoolisation à risque a du être repensée.

Deux kits d'intervention existants, le *Drink-less programme* -créé dans le cadre de la phase II du projet OMS et traduit par l'équipe BMCM- et "Alcool, ouvrons le dialogue" -mis au point par le CFES en 1997- ont été soumis à l'appréciation de médecins généralistes réunis en *focus groups*. Au regard des recommandations formulées à l'issu de ces *focus groups*, un nouveau Kit d'intervention a été élaboré en collaboration avec le CFES. Les préconisations rassemblées dans ce kit réalisent un compromis entre une démarche de repérage de type "opportuniste" – à l'occasion d'un bilan / lors d'une première consultation / quand le patient aborde le sujet…- et une autre dite "systématique" – repérer l'ensemble des patients adultes dans l'année. Le kit procède également de deux approches de l'intervention brève, l'une "motivationnelle" étendue dans le temps, l'autre délivrée en une fois sur la base d'un conseil bref structuré.

Au total, le nouveau kit "Alcool, ouvrons le dialogue" comprend une affichette à déposer en salle d'attente ainsi que trois livrets. Le premier est un guide pratique à destination du médecin, les deux autres sont à l'attention des patients.

Pour parfaire, le savoir faire relationnel ainsi que l'argumentaire nécessaires aux médecins pour réaliser une intervention brève, l'équipe du programme BMCM a également diffusé un mode d'emploi "typique" de la démarche recommandée dans plusieurs articles de presse spécialisée [16] [81] et que nous exposerons plus loin (*Cf.* page 110).

[26] Etude en cours de publication : Gache P., Michaud P., Daeppen JB., Landry U., Accieto C., Arfaoui S., Bernstein M., *The alcohol use disorder identification test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care : reliability and validity of a French version*.

Le "Drink-less programme". Michelle Gomel phase II OMS :

Basé sur l'utilisation de l'AUDIT pour le repérage, le Drink-less programme propose un type d'intervention brève structurée comme suit : si le patient est repéré à risque le médecin lui pose quelques questions supplémentaires afin de confirmer son diagnostic. Puis, il lui délivre conseil structuré de 5 minutes en suivant un "memento" ou "handycard". Il s'agit d'une feuille dont le recto expose les effets de l'alcool sur la santé, les modes de boire dans la population concernée et les bénéfices attendus d'une réduction de la consommation. Le verso de ce memento présente un plan pour réduire la consommation, avec des objectifs et des techniques ou "trucs" pour les atteindre. Puis le médecin remet au patient un livret calepin qui renforce les informations et les conseils qu'il lui a délivrés.

"Alcool, ouvrons le dialogue". CFES 1997 :

Kit composé d'une affiche pour la salle d'attente et d'un ensemble de 8 fiches techniques pour aider le médecin à suivre ses patients présentant une alcoolisation excessive. L'intervention du médecin s'appuie sur le modèle de changement de comportement en santé élaboré par Prochaska et Di clemente. L'outil de repérage proposé est l'AUDIT. Les fiches techniques se partagent en 4 rubriques : informations sur les risques / bilan pour évaluer les risques / projets / conseils pratiques pour réduire la consommation.

"Alcool ouvrons le dialogue". BMCM-CFES 1999 :

Un livret médecin reprend l'argumentaire ainsi que les étapes essentielles qui peuvent être observées par le praticien afin d'aborder la question de l'alcool, informer ses patients sur les risques ou les accompagner si besoin en fonction du type de trouble lié à l'alcool qu'ils présentent d'une part, de leurs dispositions à changer de comportement d'autre part. Les questionnaires DETA et AUDIT sont présentés comme une possibilité pour dépister les consommations excessives. Deux livrets distincts visent à aider le patient à faire le point sur sa consommation d'alcool d'une part, à l'aider dans une démarche de réduction d'autre part. Une affiche à déposer en salle d'attente vient favoriser l'ouverture d'un échange sur l'alcool en consultation.

Source : Elaboration propre

ADAPTATION DES STRATEGIES DE MOBILISATION DES MEDECINS ET METHODES DE FORMATION

Dans la lignée des travaux menés lors de la phase III du projet OMS, une étude de démonstration a été mise au point afin de statuer sur les stratégies les plus pertinentes pour enjoindre les médecins à suivre une formation sur le thème du RPIB puis à le mettre en pratique (*Cf.* page 104). Parallèlement, un dispositif de formation adapté aux attentes et aux contraintes des médecins généralistes a été progressivement établi (*Cf.* page 110). La construction de ce dispositif ne procède pas d'une étude de démonstration. Elle s'appuie sur les enseignements tirés des *focus groups*, sur l'expertise initiale des membres du programme BMCM ainsi que sur l'expérience qu'ils ont acquise en la matière à mesure du renouvellement des sessions de formations auprès des médecins. L'équipe encourage l'adoption d'un dispositif de formation précis qui semble avoir fait ses preuves sur le terrain et qui a reçu l'assentiment du groupe OMS.

Diffusion de nouvelles représentations sociales en matière d'alcool

L'alcoolodépendance surdétermine la représentation sociale des troubles liés à l'alcool aussi bien pour le grand public que pour un grand nombre de professionnels de santé. En conséquence, une diffusion du RPIB en pratique de routine chez les médecins généralistes ne saurait se concrétiser sans un renouvellement en profondeur de la perception de l'usage d'alcool et des dommages qui peuvent en

découler en dehors de toute dépendance. Les notions d'usages à risque, d'usages nocifs et de buveurs excessifs doivent pouvoir prendre place dans l'échelle de ces dommages nécessitant une information du patient et une intervention du médecin. Le projet de phase IV de l'OMS exhorte à une vulgarisation de ces concepts à partir d'une stratégie de communication massive auprès des professionnels et, si possible, du grand public [82]. Dans cet esprit, des actions de communication et de médiatisation multiples et diversifiées ont été organisées par les promoteurs de BMCM, dans la presse spécialisée pour une grande part mais aussi dans les médias de masse [16, 25, 33, 80, 81, 83, 84].

Organisation locomotive et alliances stratégiques

Suivant les recommandations de l'OMS, les acteurs à l'origine de BMCM ont œuvré à la mobilisation d'une instance susceptible de prendre la tête de l'action de promotion du RPIB : l'ANPAA. Les fonctions attribuées à cette organisation "pilote" ou "locomotive" sont précisément définies. Elle doit créer les conditions d'un partenariat effectif entre acteurs institutionnels et professionnels autour du RPIB dans un esprit de coopération soucieuse des prérogatives de chacun. A cet effet, l'organisation pilote doit nécessairement s'entourer du soutien du plus grand nombre possible d'instances et d'acteurs à même de jouer un rôle pour une diffusion à grande échelle du RPIB. Parmi eux, les organes et services gouvernementaux parties prenantes de l'édification des politiques de santé publique, les leaders d'opinion scientifiques ou praticiens exerçant dans des structures d'éducation et de promotion de la santé et jusqu'aux parrains privés potentiels peuvent concourir à la généralisation de la stratégie. Ils doivent donc être sollicités et associés à la démarche autant que faire se peut.

En plus de l'établissement de ces alliances stratégiques et une fois les outils du RPIB adaptés au contexte national, l'organisation pilote a pour rôle d'asseoir un savoir et un savoir-faire en la matière qu'elle dispensera localement aux acteurs intéressés. "Machine à apprendre", "référent" ou "assistant technique", elle doit pouvoir stimuler, accompagner ou encadrer les initiatives locales émergentes.

A ce jour, le programme BMCM de l'ANPAA a suivi l'ensemble des clauses qui en font une authentique organisation "locomotive". Nous retiendrons au titre d'alliances stratégiques l'ensemble des partenariats qui ont été établis aussi bien à échelle nationale que locale et que nous présenterons plus loin (renvoi point 4). Par ailleurs, les promoteurs de BMCM sont, de fait, les pionniers de la construction d'une stratégie de diffusion du RPIB sur le territoire national. Ils ont été identifiés comme des experts en la matière et ont endossé le rôle de "machine à apprendre" ou "référent technique" chaque fois qu'ils ont été sollicités à cet effet par des acteurs locaux désireux de promouvoir le RPIB dans leur région. Il en est ainsi des promoteurs de la stratégie en Aquitaine, Champagne Ardenne, Bourgogne et Bretagne. Les trois premières régions ont fait appel à l'équipe de BMCM afin de bénéficier de son expertise peu

avant le lancement des actions de recrutement et de formation des médecins généralistes. En Bretagne, on assiste à une coopération plus étroite entre les promoteurs de la stratégie et l'équipe BMCM, cette dernière étant en charge d'un dispositif de formation des formateurs étalé dans le temps.

Etudes de démonstration

La stratégie de diffusion du RPIB auprès des médecins généralistes organisée en Ile de France dans le cadre de l'application du projet OMS a fait l'objet de plusieurs études de démonstration par les promoteurs de BMCM. Dans l'esprit du protocole de phase IV, au-delà de leurs procédures expérimentales ou de leur mérite en tant qu'objet scientifique, ces études ont été menées de sorte à démontrer la faisabilité d'une telle diffusion sur la base de niveaux de preuves raisonnables. Elles ont également eu pour objectif d'isoler quelques déterminants majeurs de la réussite de l'entreprise rapportés aux conditions d'exercice des médecins généralistes.

ETUDE DAME (DEPISTAGE AU MOYEN D'UN ENTRETIEN)

Au regard des dispositions et des attentes formulées par des médecins généralistes à l'occasion des "*focus groups*", la création d'un nouvel outil de repérage est apparue clairement opportune. En effet, les médecins réunis en "*focus groups*" ont fait état de plusieurs réticences vis-à-vis du questionnaire AUDIT : peu souhaitable en salle d'attente en l'absence de toute explication, difficile pour un repérage systématique en l'absence d'une secrétaire incitant les patients à le remplir27 et trop long à remplir en salle d'attente. Parallèlement, les médecins ont mis en avant la contrainte du temps à leur disposition pour procéder à un repérage de ce type. Ils ont signalé souhaiter un support de repérage concis et restant à leur initiative.

Sur ces bases, l'équipe du programme BMCM a mis au point une étude visant la construction d'un questionnaire de repérage "simple", court et utilisable à l'initiative du médecin pendant la consultation. Concrètement, l'équipe s'est fixée comme objectif de créer un outil comprenant cinq questions au maximum pouvant aisément prendre place dans l'entretien médical habituel, valides pour dépister des consommations excessives et présentant des qualités informationnelles comparables à celle de l'AUDIT.

[27] L'absence de secrétaire au cabinet correspond aux conditions d'exercices de la grande majorité des 60 000 médecins généralistes français.

L'étude DAME : éléments de méthodologie et de résultats*.

Le contenu d'un nouveau questionnaire a été élaboré à l'aide de 41 médecins généralistes de la région Ile de France. Ces derniers ont été invités à soumettre à leurs patients au cours de la consultation neuf questions issues de questionnaires déjà validés pour le diagnostic de consommation à risque et de dépendance : l'AUDIT, le CAGE, le TWEAK et le Five-shot. Au total, 564 dossiers patients ont été analysés en vue de l'établissement des valeurs informationnelles du questionnaire créé. Les questions suivantes ont révélé l'obtention de qualités informationnelles optimales :

-A quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?

-Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?

-Votre entourage vous a t-il fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?

-Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

-Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire.

*NB : pour une présentation complète du FACE avec interprétation des scores ainsi que de ses valeurs informationnelles, se reporter aux annexes. Pour une présentation de l'étude DAME dans son intégralité voir [79, 80].

Source : Elaboration propre

ETUDE REPEX (ACCEPTABILITE DE TROIS METHODES DE REPERAGE DES CONSOMMATIONS EXCESSIVES D'ALCOOL EN MEDECINE GENERALE).

Une fois le FACE créé, restait à tester son acceptabilité en médecine générale. Pour cela, une étude a été menée auprès de 23 médecins généralistes français, 24 médecins généralistes francophones en Belgique et 31 médecins généralistes suisses en collaboration avec la Société scientifique de médecine générale de Bruxelles et le Département de santé communautaire de Genève. Ces médecins ont été préalablement formés au RPIB lors d'une ½ journée de formation. L'étude a cherché à comparer l'acceptabilité en pratique de routine de trois types de questionnaires présentant des performances comparables en termes de sensibilité et de spécificité : l'AUDIT, l'AUDIT inclus dans un questionnaire de santé et le FACE. Elle a permis de conclure qu'il semblait nécessaire d'offrir aux médecins la possibilité d'utiliser plusieurs questionnaires afin que chacun choisisse l'instrument de repérage qui lui convienne le mieux. Toutefois, le FACE a reçu la préférence d'une majorité de médecins même quand ceux-ci travaillaient avec une assistante susceptible d'inciter les patients à remplir un auto-questionnaire en salle d'attente. Dans les trois pays, l'étude a également permis de montrer qu'un repérage systématique pouvait prendre place dans les conditions habituelles d'exercice des médecins et qu'il paraissait acceptable à une grande majorité de patients.

L'étude REPEX : éléments de méthodologie

-Définition des patients éligibles pour le repérage : toute personne de 18 ans ou plus n'ayant pas consulté depuis moins de deux mois.

-Démarche à suivre pour les médecins généralistes participants : accomplir un repérage aussi complet que possible conformément au "mode d'emploi" de chacun des outils : auto ou hétéro-questionnaire. Ainsi, l'AUDIT et l'AUDIT inclus dans un questionnaire de santé devaient être à disposition des patients dans la salle d'attente avec une affiche les invitant à les remplir ; le FACE devait faire l'objet d'un entretien standardisé pendant la consultation. Si le médecin travaillait avec un(e) assitant(e), celui-ci ou celle-ci pouvait inciter les patients à répondre aux questionnaires en salle d'attente mais non les aider activement pour cela.

Les médecins étaient enjoints à utiliser chaque méthode dans un ordre aléatoire pendant une semaine -chaque semaine d'enquête étant séparée de la suivante par deux semaines sans activité de recherche. Pour chaque méthode utilisée, les médecins devaient noter dans un journal de bord l'âge et le sexe de chaque patient vu, le motif de l'exclusion le cas échéant ou les raisons de non-remplissage.

-données collectées : journal de bord rempli par le médecin / questionnaire de repérage rempli par le patient / entretiens qualitatifs menés auprès des médecins et des patients.

Source : Elaboration propre

ETUDE TMP (TROIS METHODES DE PROMOTION)

En 2003, l'équipe en charge du programme BMCM a mené une nouvelle étude visant à tester l'impact de plusieurs stratégies de mobilisation des médecins généralistes sur leur participation aux formations ainsi que sur leur mise en pratique du RPIB. Nous en exposerons ici les principales étapes. Pour une présentation des résultats voir le point "stratégies de mobilisation des médecins" (*Cf* page 112).

Trois stratégies de mobilisation spécifiques ont été retenues : le démarchage téléphonique, la stimulation économique et la mobilisation communautaire. L'étude a été conduite auprès de 69 médecins généralistes. Elle s'est déroulée sur quatre sites de la région Ile de France : Evry, Cergy-Pontoise, Marne-la-Vallée et Saint-Quentin en Yvelines. Avant le lancement de l'étude, un sondage téléphonique a été mené auprès d'un échantillon représentatif de la population de 400 personnes. Il a permis d'attester de la légitimité reconnue aux médecins généralistes pour aborder les problématiques d'alcoolisation [33]. Parmi les résultats de cette étude, l'impact du démarchage téléphonique et de la rémunération sont à retenir. Les médecins recrutés pour les formations au moyen d'un démarchage téléphonique sont nettement plus nombreux à s'y inscrire que les médecins qui n'ont reçu qu'un courrier d'information et de présentation de la formation. De même, les médecins rémunérés pour leur activité de RPIB pratiquent cinq fois plus que ceux à qui il n'a pas été dit qu'ils seraient indemnisés. Enfin, il est à noter que l'adhésion des médecins au RPIB a été plus élevée dans le site ayant fait l'objet d'une mobilisation communautaire mais cette différence ne s'est pas avérée significative en ce qui concerne l'apport de l'action communautaire.

Etude TMP : éléments de méthodologie

-Démarchage téléphonique. Il a été testé dans le cadre d'une étude randomisée contrôlée. La grille et l'argumentaire utilisés pour ce démarchage se sont inspirés de collègues britanniques et ont été validés par un focus group de médecins généralistes.

-Stimulation économique. Les médecins rémunérés l'ont été pour leur mise en pratique du RPIB à raison de 2 € pour le repérage et 10 € pour l'intervention brève. La rémunération se faisant de façon mensuelle sur la base de l'activité de RPIB que chaque médecin formé-rémunéré consignait sur des fiches recensées par BMCM.

-Action communautaire. La mobilisation de la population et de leaders locaux – médecins généralistes, élus…- s'est notamment organisée sur la base d'actions de communications massives et de rencontres. Elle a été menée sur un site : Saint Quentin en Yvelines.

Partenariat et financement

A ce jour, le programme BMCM bénéficie d'un double encadrement, celui du centre de coordination de la phase IV à Newcastle et celui du comité de pilotage propre à l'ANPAA en France. Ces deux instances sont parties prenantes de la réalisation du programme à un double titre celui d'une validation des actions menées et celui d'une contribution à la mise en œuvre de ces actions. Ainsi, chacun à leur niveau, le centre de coordination de la phase IV et le comité de pilotage de l'ANPAA ont en charge la responsabilité de la validation du programme et, concrètement, les échanges organisés avec les pays participants à la phase IV, l'assistance méthodologique délivrée par son comité de coordination de même que les collaborations tissées avec les membres du comité de suivi du programme au sein de l'ANPAA structurent la réalisation des actions.

Partenaires financeurs

Entre 2000 et 2004[28], le programme BMCM a perçu des financements à échelon national, régional et local pour son activité globale par les partenaires suivants :

Financements nationaux : Direction Générale de la Santé (201 960 € / 2002-2004) / Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (282 939 €/ 2000-2004) / Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (210 000 € / 2003-2005) / Laboratoires Merck Lipha-santé (6 100 € / 2002) / Ligue Nationale contre le Cancer (137100 € / 2002-2004) / Financement état DDASS (15 244 € / 2001)

Financements régionaux : Conseil régional d'Ile de France (76 224 € / 2002-2003) / Caisse régionale d'assurance maladie (304919 € / 2000-2004)) / Mutualité sociale agricole (15 000 € / 2004) / CPAM92 (15 000 € / 2003) / Société de médecine du travail de l'Ouest Ile de France (17 000 € / 2003-2004)

[28] Certaines réponses à des demandes de financement étaient en attente au moment de la rédaction de ce rapport.

Financement local : Syndicat d'agglomération nouvelle de Saint-Quentin en Yvelines (15 244 € / 2001)

Partenaires associés à la mise en œuvre du programme d'action

Afin de mettre en oeuvre son programme, l'équipe BMCM a noué des liens de coopération – formalisés ou non- avec un nombre très important d'institutions et d'acteurs à échelon aussi bien international que national, régional ou local.

Parmi ces partenaires, certains ont concrètement participé à l'adaptation des outils du RPIB, aux études de démonstration ou aux actions de communication préconisées pour la déclinaison en France du projet OMS de phase IV.

Ainsi, l'équipe de BMCM s'est associée à celle du département de santé communautaire de Genève pour la réalisation du travail de validation de l'AUDIT en français. L'étude REPEX s'est faite en association avec l'équipe suisse ainsi qu'avec l'équipe belge de la Société scientifique de médecine générale (Bruxelles).

Au plan national, la confection du kit d'intervention du médecin s'est faite en collaboration avec le CFES. A ce jour, un partenariat de travail est maintenu avec l'INPES (ex-CFES) qui diffuse ce kit. Ce partenariat s'est notamment traduit par des actions de communication communes dans la presse spécialisée [16].

Par ailleurs, une psychosociologue de Formation et Développement a pris part à la réalisation des *focus groups* et aux actions de communication auxquels ils ont donné lieu.

L'ORS Ile de France a également fourni un soutien méthodologique à l'équipe pour la menée de plusieurs études de démonstration. De même, Syliat Stat a participé au traitement statistique des données collectées lors des études de démonstration.

Concernant l'étude TMP, un partenariat supplémentaire a été noué avec l'Unité de santé publique de l'hôtel Dieu dans le cadre d'une convention[29] ainsi qu'avec l'Institut de Promotion de la Santé de Saint Quentin en Yvelines. Ce dernier a notamment assuré les actions de communication auprès du public du site ainsi qu'une mobilisation des leaders d'opinion locaux.

Enfin, le CDPA des Hauts de Seine fournit un appui logistique au programme notamment par la mise à disposition de locaux et un soutien pour l'établissement des formations. De plus, il est partie prenante de la légitimité conférée aux actions menées.

[29] Ce partenariat va notamment donner lieu à la réalisation d'une thèse de médecine : "Médecins généralistes et consommateurs excessifs d'alcool. Etude des perceptions des médecins généralistes au moyen d'un questionnaire postal".

Autres partenaires

En plus de ces partenaires associés à la déclinaison des quatre composantes du protocole de phase IV, l'équipe de BMCM a tissé des liens avec nombre d'organisations et acteurs nécessairement concernés par une diffusion nationale de la stratégie mais sans que leur rôle clé ait encore donné lieu à une coopération durable ou formalisée.

Nous retiendrons ici les contacts établis avec la SFA, l'UNAFORMEC, plusieurs CDPA, plusieurs DDASS ainsi qu'avec les acteurs engagés dans une stratégie de promotion du RPIB dans plusieurs régions.

FORMATIONS : MODALITES ORGANISATIONNELLES

Elaborer des stratégies de mobilisation des acteurs de soin de premier recours et bâtir un dispositif de formation RPIB à leur endroit comptent parmi les exigences consignées dans le protocole de phase IV. En charge de ce travail, l'équipe de BMCM a progressivement défini des stratégies de recrutement ainsi qu'un contenu et des méthodes de formation au sein même d'un processus de validation de son action. Expérimentation et évaluation de l'action ont été de pair. Dès lors, il existe parfois un écart entre ce qui a été fait en matière de formation pour les besoins des études de démonstration ou en raison de contraintes matérielles initiales et ce qui est au final préconisé au regard des résultats de ces études ou de l'expérience acquise par les formateurs.

Les formateurs

A ce jour, l'ensemble des sessions de formations organisées auprès de médecins généralistes de la région ont été assurées par des médecins généralistes alcoologues membres de BMCM. A ces formateurs intervenants au titre d'experts ont parfois été associés des médecins généralistes "ressources", connus des participants, non pas pour qu'ils assurent le déroulement de la session mais pour une présentation de sa pertinence auprès de leurs pairs.

Le choix des membres de BMCM comme formateurs procède de raisons pratiques ainsi que des besoins requis par les études de démonstration. Pour autant, forte de son expérience en matière de formation, l'équipe de BMCM préconise aujourd'hui la mobilisation d'un binôme de formateurs constitué par un expert alcoologue et un médecin généraliste ayant déjà pratiqué le RPIB. "Sorti du rang", ce dernier disposerait d'une force de conviction quant à l'intérêt du RPIB bien supérieure à tout exposé théorique si pertinent soit-il. L'expert alcoologue quant à lui bénéficierait d'une légitimité pour répondre aux interrogations récurrentes sur l'alcoolodépendance.

Dispositif de formation

Contenu des sessions de formation

Toute formation au RPIB implique nécessairement un travail sur les représentations des médecins généralistes concernant les troubles liés à l'alcool ainsi que leur légitimité à intervenir en la matière et la transmission d'un savoir faire pour la pratique. Afin de traiter ces deux grands volets les formateurs ont rapidement saisi que la délivrance d'informations générales avait moins d'impact qu'une entrée en matière pragmatique sur la faisabilité du RPIB. En conséquence, ils ont élaboré un dispositif de formation "type" validé par l'OMS et structuré selon les séquences suivantes : Comment mener une intervention brève ? / Mise en situation des participants à partir d'exemples de situations professionnelles nécessitant la menée d'une intervention brève / Passage en revue de l'ensemble des situations qui se prêtent à l'ouverture du dialogue sur l'alcool / Echanges autour des bénéfices apportés par un repérage de toute la clientèle aussi bien pour le médecin qu'en termes de santé publique / Démonstration de la confiance accordée au médecin par ses patients pour son intervention en matière d'alcool.

Parmi les techniques de repérage possibles, l'utilisation du questionnaire FACE est mise en avant. Néanmoins, le questionnaire AUDIT est également mentionné et il est rappelé que la démarche la plus pertinente correspond en dernier ressort à celle avec laquelle le praticien se sent le plus à son aise : repérage "systématique" ou repérage "opportuniste" au moyen de l'outil de son choix. Concernant l'intervention brève, une synthèse des étapes à suivre pour réaliser une intervention "idéale" est présentée aux participants sous forme de "check-list" (voir *infra*). Celle-ci englobe les trois ingrédients incontournables de toute intervention brève : une composante d'information / une composante de conseil comportemental / une composante motivationnelle.

Enfin, pour l'intervention dans son entier, il s'agit de transmettre aux participants un savoir-faire relationnel basé sur l'empathie, l'absence de jugement et la reconnaissance que l'initiative du changement revient au patient et non au thérapeute.

"Chek-list" d'une intervention brève-type dans le cadre du programme

- Restituer le test de repérage
- Expliquer le risque alcool
- Informe sur le verre standard
- Expliquer l'intérêt personnel d'une réduction de la consommation
- Expliquer les méthodes utilisables pour réduire sa consommation
- Proposer des objectifs, laisser le choix
- Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation
- Remettre le livret

Source : Abesdris J, Michaud P: Diffusion de la pratique de l'intervention brève. *Médecine et Hygiène,* 2003(N° 2451).

Technique

Il va de soi que le contenu des formations précédemment exposé n'évince pas totalement la délivrance d'informations générales sur les problématiques d'alcoolisation excessives ou sur l'efficacité du RPIB. A cet effet, les formateurs s'appuient sur un diaporama rappelant notamment la place de l'alcool dans la santé publique ou les objectifs assignés au projet OMS. Néanmoins, la technique de formation privilégiée porte plus sur les aspects relationnels que sur le savoir en tant que tel. En effet, l'adhésion des médecins au RPIB est bien plus fortement emportée par leur mise en situation que par un exposé théorique si percutant soit-il.

Habituellement, vingt minutes sont donc consacrées aux informations générales. Les formateurs adoptent ensuite une pédagogie interactive basée sur des jeux de rôle au cours desquels les participants s'essaient successivement au repérage et à la menée d'une intervention brève à partir d'exemples types. La modification des représentations des médecins comme l'acquisition d'un savoir faire sont par la suite confortées par un "débriefing" de l'expérience des "acteurs" et du "public".

Stimulante, cette pédagogie n'en est pas moins délicate à mettre en œuvre. Elle suppose d'instaurer un climat de confiance dans le groupe. Aussi, la réunion de 10 à 15 participants au maximum pour une session de formation est recommandée. L'utilisation de jeux de rôle implique également une démarche particulière pour les formateurs. Au fond, ceux-ci adoptent face au groupe l'attitude motivationnelle qui devra être celle du médecin face à son patient. Les formateurs partent du vécu des participants, ils travaillent "avec" les résistances. Il s'agit de stimuler et d'accompagner le groupe dans un processus de changement plutôt que d'imposer des arguments d'autorité.

Rythme des sessions de formation

A ce jour, l'essentiel des sessions de formation auprès des médecins généralistes a duré environ deux heures. Elles se sont déroulées dans un cadre "soirée" conforme aux habitudes de formation continue de la profession. Un repas a inauguré la soirée. Une ou deux sessions de formations ont été organisées auprès des divers groupes de participants selon les possibilités offertes aux formateurs ou pour les besoins des études de démonstration (TMP).

De même que l'expérimentation du RPIB lors d'un jeu de rôle en formation est un facteur clé pour emporter l'adhésion des médecins sur l'intérêt et la faisabilité de la démarche, une mise en pratique "réelle" du RPIB constitue un puissant facteur de conviction. Dès lors, les promoteurs de BMCM préconisent l'organisation de plusieurs sessions de formations (deux a minima) espacées d'une période au cours de laquelle les médecins sont enjoints à expérimenter le RPIB auprès de leurs patients. C'est le dispositif qu'ils ont aujourd'hui définitivement adopté. Néanmoins, si l'organisation de deux sessions

de formations s'avère impossible, les formateurs invitent les participants à procéder à un recueil de pratiques une semaine avant la tenue de la session. De plus, les médecins généralistes sont indemnisés pour leur participation aux deux soirées de formation à hauteur de 150 €.

Stratégie de mobilisation des médecins généralistes pour participer aux formations et pour pratiquer le RPIB

Dans l'esprit des études menées lors de la phase III du projet OMS, l'étude TMP du programme BMCM s'est penchée sur plusieurs stratégies de mobilisation des médecins généralistes. L'impact d'un démarchage par téléphone, d'une stimulation économique ainsi que d'une action communautaire ont été testés relativement aux participations aux formations ainsi qu'à la pratique effective du RPIB à l'issue des formations.

Il ressort de ces études que le démarchage ou "marketing" téléphonique représente le moyen le plus efficient pour motiver les médecins à s'inscrire aux formations proposées loin devant l'envoi d'un courrier. De plus, l'étude TMP montre qu'une rémunération des médecins favorise clairement leur pratique du RPIB comparativement aux médecins auxquels la rémunération n'est pas annoncée. Enfin, l'impact d'une action communautaire n'a pas pu être démontré de façon significative. Néanmoins, l'équipe de BMCM conserve la conviction que l'entraînement de leaders d'opinions locaux ainsi que des messages adressés directement à la population ne sont pas sans effet sur la diffusion du RPIB.

CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE REGIONALE

1998-1999

Traduction du protocole de phase IV et du "Drink-less programme"

Focus groups portant sur les attitudes et opinions des médecins généralistes face au risque alcool.

Action de communication

2000

"Boire moins c'est mieux" devient un programme porté par l'ANPAA.

2000-2001

Travail de validation de l'AUDIT en Français

Focus groups 2ème série sur les outils du RPIB

Création d'un outil d'intervention en collaboration avec le CFES : le kit "alcool ouvrons le dialogue". Outil disponible à partir de janvier 2002.

Création du questionnaire FACE. "Etude DAME"

2001-2002

Etude REPEX

2002-2003

Etude TMP

Actions de communication

2003-2005

Lancement d'une stratégie de formation de formateur dans le département du Val de Marne.

Extension des formations à une nouvelle cible : médecine du travail (Etude EIST)

Actions de communication

DISPOSITIF D'EVALUATION

Enquête "Avant" : attitudes et représentations des médecins généralistes en matière d'alcoolisations excessives

Les enquêtes qualitatives menées auprès de médecins ont permis de dresser un panorama précis de leurs attitudes et opinions concernant le traitement de troubles liés à l'alcool. Globalement, ces enquêtes mettent en avant la prégnance chez les généralistes de représentations cristallisées autour de l'alcoolodépendance. Ici, et pas moins que le commun, les médecins généralistes n'échappent aux tabous et aux jugements moraux qui sont assez spontanément corrélées à ce type d'alcoolisation. Parallèlement, ils craignent d'aborder un sujet que les représentations communes associent à la sphère privée. Dès lors, bien en deçà de toute formation spécifique, le pré-requis incontournable pour une promotion du RPIB implique la mise en œuvre d'actions de communications et de médiatisation massives diffusant les concepts d'alcoolisation excessive et la confiance accordée au médecin par ses patients pour une ouverture du dialogue sur l'alcool afin d'aider ce dernier à redéfinir son rôle en la matière.

Enquête "Avant" : positionnement des patients

Concernant les dispositions des patients, l'enquête d'opinion menée auprès d'un échantillon représentatif de la population a permis de montrer qu'ils accordaient à leur médecin une grande légitimité ainsi qu'une capacité à intervenir sur les problèmes d'alcool [33]. De plus, les résultats de l'étude Repex attestent que le repérage des problèmes d'alcool paraît acceptable à l'immense majorité des patients.

Médecins généralistes formés

A ce jour, 342 médecins généralistes ont bénéficié d'une formation au RPIB assurée par l'équipe en charge du programme BMCM. De plus, 27 médecins généralistes ont été formés pour devenir formateur dont 9 en Ile de France.

Récapitulatif des médecins formés	
Ile de France	Focus group : 36
	Etude DAME : 41
	Etude REPEX : 24
	Etude TMP : 69
	Formations auprès des médecins : 152
	Formation de formateurs : 9
Reims	20
Bordeaux	10 (formation de formateurs)
Dijon	8 (formation de formateurs)

BILAN

Points forts de la stratégie régionale

Application du protocole de phase IV

Clairement posée dans le protocole de phase IV, la stratégie d'action assignée au programme BMCM a été pleinement réalisée, au moins dans ses composantes de base. Ainsi, les promoteurs ont procédé à une adaptation réussie des outils du RPIB. Leur expertise en la matière tout comme leur savoir faire relatif aux techniques pédagogiques de formation n'est plus à démontrer.

De plus, des alliances stratégiques nécessaires à une diffusion nationale du RPIB ont été nouées. Elles n'épuisent pas l'ensemble des organisations ou acteurs qu'il serait opportun d'associer à la démarche mais de solides partenaires se sont impliqués dans le programme et lui ont renouvelé leur confiance au fil du temps.

Par ailleurs, les promoteurs de BMCM ont parfaitement tenu leur rôle de moteur pour une diffusion du RPIB. Ils ont eux-mêmes assuré un grand nombre de formations auprès des médecins généralistes. Ils ont donné la possibilité à des organismes et acteurs locaux de se saisir des outils créés pour se lancer dans la construction d'une stratégie régionale personnalisée. Ils ont également accompagné la mise en forme ou la mise en œuvre de ces stratégies locales "à la demande".

Au fond, l'esprit devant guider l'organisation faîtière tel que le spécifie le protocole de phase IV du projet OMS a été pleinement respecté.

Extension de la stratégie / élargissement des missions

En plus de l'élaboration d'une stratégie de formation des médecins généralistes au RPIB, l'équipe en charge du programme BMCM a construit un projet de formation à destination des médecins du travail. A ce jour, plus de 100 médecins du travail ont été formés au RPIB dans le cadre d'une étude randomisée contrôlée d'une durée de deux ans.

Deux autres projets ciblant des publics spécifiques – personnes âgées / jeunes- sont en cours d'élaboration. Ici l'enjeu consiste à adapter des outils de repérage pertinents pour une intervention auprès de ces populations. Il s'agit également de mobiliser au mieux les professionnels de santé exerçant au plus près de ces populations – gériatres, infirmières scolaires…-

Enfin, l'équipe en charge de BMCM a débuté un programme de formation de formateurs en collaboration avec le Réseau Addiction Val de Marne Ouest (RAVMO). Il vise la constitution d'un pool de formateurs susceptibles de former à leur tour l'essentiel des médecins généralistes du département. Les futurs formateurs sont recrutés parmi les associations locales de formation médicale continue. L'équipe de BMCM assure leur formation et les plus impliqués parmi les médecins formés sont appelés à devenir formateurs.

Obstacles de la stratégie régionale

Initialement, les acteurs qui ont eu à cœur de donner corps au projet OMS de phase IV en France ont rencontré des difficultés pour établir un cadre de réception pour ce projet. En effet, l'équipe française ayant participé à la phase III du projet OMS n'était plus mobilisée et seule une équipe restreinte s'impliquait pour donner une audience large au protocole de phase IV. Le contraste entre l'ambition du projet et le nombre d'acteurs mobilisés a rendu particulièrement coûteuse en temps et en énergie l'établissement de partenariats et d'un véritable promoteur pour la mise en œuvre de l'action.

Par ailleurs, la France n'a rallié le projet OMS qu'au moment de la phase III et l'étude qu'elle a réalisée dans ce cadre n'a couvert qu'une partie du protocole correspondant. Dès lors, une fois constituée, l'équipe en charge du programme BMCM a du combler un certain nombre de lacunes liées à cette participation partielle de la France aux étapes précédentes du projet OMS. D'évidence, cela a alourdi les tâches déjà considérables inhérentes à la mise en œuvre du protocole de phase IV pour une équipe non encore élargie ni assurée de la pérennisation de ses soutiens financiers.

Ce type de difficulté n'est plus à l'ordre du jour, exception faite du contraste entre l'ambition nationale du projet OMS et les possibilités d'action de l'équipe du programme BMCM. Il va de soi que la promotion du RPIB à l'échelle du territoire relève avant tout de la mise en œuvre d'une politique spécifique de santé publique.

PERSPECTIVES

Dans la mesure où le programme BMCM de l'ANPAA correspond à la déclinaison française du projet OMS de phase IV, les perspectives à réfléchir relativement à ce programme doivent être plus généralement rapportées à l'état d'avancement de la phase IV. En effet, les composantes de bases consignées dans le protocole ont été concrétisées mais son objectif général n'est pas encore atteint. De même, partie prenante du projet OMS, l'évaluation de l'impact sur les patients ainsi que des rapports coût efficacité des diverses stratégies expérimentées à l'échelle du territoire n'a pas eu lieu.

Afin de concourir à au plein achèvement de la phase IV, les promoteurs de BMCM pointent un certain nombre de stratégies ou d'actions complémentaires incontournables ou probablement pertinentes.

Etablir un cadre institutionnel de promotion de l'action

Ainsi, aux yeux des professionnels impliqués dans BMCM, promouvoir le RPIB de sorte à ce que dans les 5 ans à venir la majorité des médecins généralistes français soit formée et qu'un quart au moins d'entre eux le pratiquent de façon routinière - conformément aux souhaits des autorités sanitaires- implique l'inscription de ce projet dans un cadre institutionnel ferme et la formalisation d'une recommandation afin que la stratégie prenne effectivement corps sur l'ensemble du territoire.

Stratégies de mobilisation de l'ensemble des médecins généralistes

Par ailleurs, aux yeux des promoteurs de BMCM, cette recommandation ne saurait se traduire dans les faits sans la mise en œuvre de stratégies de mobilisation des médecins généralistes appropriées. Cela passe en premier lieu par une campagne de médiatisation à grande échelle ciblant les professionnels comme le grand public. L'équipe en charge de BMCM souligne également l'intérêt d'une stimulation économique des médecins pour leur participation aux formations - avec rémunération de la pratique entre les sessions de formation. Elle valorise également le cadre de la "consultation de prévention" inscrite dans la loi de santé publique du 9 Août 2004. Enfin, il lui paraît tout à fait décisif d'œuvrer à l'inscription du RPIB dans le cadre de la formation initiale des médecins.

Instituer un dispositif spécifique de formation de formateurs

Dans la perspective d'une diffusion du RPIB à l'échelle du territoire, l'équipe du programme BMCM estime opportun de créer un centre national de référence et de formation en capacité de former des pools de formateurs locaux afin qu'ils assurent à leur tour les formations auprès des médecins généralistes de leur territoire (département-région). Les futurs formateurs devraient disposer d'une pratique du RPIB et seraient recrutés sur la base du volontariat. Leur formation serait assurée dans le cadre d'une session de deux journées indemnisées à l'issue de laquelle chaque participant s'engagerait à prendre en charge 2 à 6 sessions de formations dans l'année consécutive. L'équipe de BMCM préconise une rémunération pour cette activité de formateur.

Instituer un dispositif pérenne d'évaluation de l'action

Les caractéristiques d'un dispositif de formation des plus performants sont globalement acquises. Pour autant, l'équipe de BMCM recommande l'institution d'une évaluation durable des dispositifs de formation déclinés en région. Ceci procède du souci de perfectionner continûment les ingrédients des formations au contact du terrain et se justifie tout particulièrement dans la perspective de l'inscription du RPIB en formation initiale.

Enfin, aux yeux des promoteurs de BMCM, il est nécessaire de maintenir voire de professionnaliser les activités de recherches menées autour du RPIB. Maintenir une évaluation globale de l'action est préconisé dans le protocole de phase IV en particulier concernant la dimension économique. De plus, dans la perspective d'une extension de la promotion du RPIB à une pluralité de professionnels de santé, ciblant une population des plus larges ainsi que de multiples conduites à risques, il semble opportun de conduire des études évaluant l'impact du RPIB sur les pratiques de ces professionnels ainsi que sur les comportements des patients.

FICHE SYNTHETIQUE POUR ILE DE FRANCE

Population totale : 11 024 984 France : 59 038 0459

Importance du problème "alcool" dans la région

Prévalence de consommation quotidienne d'alcool au cours des 12 derniers mois parmi les 12-75 en 2000 = **17,2%**

Prévalence des ivresses au cours des 12 derniers mois parmi les 12-75 ans en 2000 = **16,3%**

Proportion observée de **patients de médecine générale à risque** d'alcoolisation sans dépendance = **15,8% des hommes** (655) et **3,4 % des femmes** (1035)

Nombre de **buveurs** venus consulter dans les centres spécialisés en alcoologie **(CCAA)** en 2002 = **14 237** => rang de classement (Ile de France à l'ensemble des régions) = **1** (nombre total en France = 95 519)

Nombre de **buveurs** venus consulter dans les centres spécialisés en alcoologie (**CCAA**) **par 1000 habitants** de 20 à 70 ans = **1,9** => rang de classement (Ile de France à l'ensemble des régions) = 17 (nombre total en France =2,5)

Décès avant 65 ans par alcoolisme et cirrhose par 10 000 habitants de 40 à 64 ans = **3** => rang de classement (Aquitaine à l'ensemble des régions) = 15 (nombre total en France =3,8)

Surmortalité pour les pathologies liées à l'imprégnation éthylique chronique à partir des variations des taux de mortalité par rapport à la moyenne française de 1992 à 1996 = **dans la moyenne nationale** pour les hommes et les femmes (± 20%)

Prise en compte de l'alcool dans la politique sanitaire régionale

- Existence d'un PRS-alcool inscrit dans le Plan Etat-région (2000-2006) fixant parmi ses objectifs principaux : développer la prévention et agir précocement en matière d'alcool.
- Existence d'un PRAPS (2001-2003)

Professionnels généralistes et structures spécialisées en alcoologie

Nombre de médecins généralistes : **12 524** (67 320 en France métropolitaine)
Densité de médecins généralistes pour 1 000 habitants : **114,07** (115 en France métropolitaine)
Nombre de **lieux de consultation** ouverts : **57 dont 36 ouvrent plus de 35 heures par semaine** (5 non réponses).

Stratégies RPIB

Recherche-action menée dans le cadre de l'adaptation de la stratégie OMS de phase IV au contexte national français.

Porteur de projet : ANPAA : programme Boire Moins c'est Mieux (BMCM) en relation avec le groupe de recherche de l'OMS.
Financement : CPAM92, DRASSIF, INPES, LNC, CRAMIF, MILDT, DGS, IPS, SAN St Quentin en Yvelines, MERCK Lipha Santé, Mutualité sociale agricole, Conseil général du Val d'Oise…
Lancement officiel du programme de formation : 2002
Formateurs : Experts médecins généralistes formés en alcoologie/alcoologue
Formations :

- Nombre de médecins généralistes formés : 369
- Nombre de médecins du travail formés : 100
- 2004 : lancement d'un programme de formation à visée exhaustive pour la région Ile de France à partir du département des Hauts de Seine.

Evaluation :

(A) Enquête « Avant/ Après » en population générale Ile de France sur les pratiques des médecins généralistes (Mars-Avril 2002/1er semestre 2003)

(B) Etudes de faisabilité :

- Adaptation des outils d'intervention (Création d'un instrument d'intervention « Alcool, ouvrons le dialogue », en partenariat avec le CFES. *Focus groups* visant la détermination des besoins d'outils de RPIB pour une pratique en médecine générale. Création de livrets et Kits d'intervention en partenariat avec le CFES. Elaboration du contenu d'une IB « idéale ») 10MG impliqués en 2002
- Adaptation des stratégies de repérage : étude REPEX (Evaluation et traduction du questionnaire AUDIT en collaboration avec P. Gâche et B. Daeppen, Belgique, Suisse. Création du questionnaire FACE.) 23 médecins généralistes impliqués en France
- Adaptation des méthodes de formation (Elaboration du contenu « type » d'une formation. Etablissement de la séquence « optimale » de formation – durée, nombre de sessions, intervalle temps entre les sessions.)
- Adaptation des stratégies de mobilisation des médecins généralistes : étude TMP (Effet comparé de 3 techniques de mobilisation des médecins généralistes : le démarche par téléphone, la stimulation économique, « l'action communautaire ») 516 médecins généralistes contactés.

Facteurs clés favorisant la promotion du RPIB

Sur la base des expériences menées en région, nous proposons de faire émerger les points consensuels, partie prenante d'une stratégie de diffusion du RPIB idéale. De plus, afin de nourrir la réflexion sur l'élaboration du plan national de promotion du RPIB, nous esquisserons une typologie de modalités de mise en œuvre du RPIB. Les modèles que nous présenterons ne sont pas exclusifs les uns des autres. Ils coexistent parfois à l'échelle d'une même région. Ils ne doivent pas être rapportés à un type de promoteur, de partenariat ou à l'existence d'une activité de recherche particulière, mais à un cadre de diffusion spécifique du RPIB auprès des médecins généralistes.

LE SOCLE COMMUN POUR UNE STRATEGIE DE PROMOTION DU RPIB OPTIMALE

Quelle que soit la stratégie de promotion du RPIB et en dépit des différences observées dans les stratégies régionales, il est possible de dégager un certain nombre de points faisant consensus quant aux facteurs décisifs pour une diffusion de la démarche en pratique de routine.

Les acteurs impliqués dans les stratégies régionales mettent en avant quatre grands volets d'actions interdépendants. Ainsi, pour une promotion optimale du RPIB auprès des médecins généralistes, il serait nécessaire de modifier leurs représentations en matière d'alcool, de les inciter à se former, de les stimuler pour qu'ils pratiquent effectivement le RPIB. Concevoir une stratégie plus large incluant l'alcoolodépendance et la formation initiale des médecins est également nécessaire. A l'intérieur de chacun de ces volets d'actions, les points de consensus entre les acteurs sont bien plus significatifs que leurs divergences. Ce sont donc eux qui retiendront notre attention.

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. En effet, si la dépendance encadrée par l'archétype de l'alcoolisme est pensée comme une maladie, les conduites d'alcoolisation en dehors de la dépendance peinent à être associées à des risques sanitaires et à prendre place dans le cadre d'une consultation. Ceci procède d'une

méconnaissance encore importante des seuils de risque et d'usage nocif ainsi que du statut socioculturel réservé à l'alcool dans notre société.

Nombre de médecins ignorent ou sous-estiment les problématiques d'alcoolisation excessive et le tabou de l'alcool influence encore grandement leur attitude lors des consultations : ils craignent d'être intrusifs, ils doutent de l'accueil que vont leur réserver leurs patients s'ils parlent d'alcool, ils n'abordent pas le sujet. Certes, ces dispositions ne correspondent pas à l'attitude de l'ensemble des médecins généralistes. De plus, même les praticiens qui ont des difficultés à parler d'alcool avec leurs patients le font quand même dans certaines circonstances. Néanmoins, ces dispositions constituent une tendance dominante qui compte parmi les freins les plus puissants pour une adoption du RPIB.

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 que la formation médicale continue ne devienne effectivement obligatoire avec un accent prioritaire mis sur la thématique alcool, 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 en région 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. "Insister", "mettre la pression" voire "ne pas laisser le choix" dessinent l'esprit qui doit être investi pour une mobilisation effective des praticiens. L'envoi d'un simple courrier, même renouvelé, est largement insuffisant et toujours moins rentable qu'une sollicitation plus serrée ou percutante sous forme de marketing téléphonique ou de marketing personnel. Ces deux stratégies de mobilisation ont fait la preuve de leur efficacité aussi bien dans des études de l'OMS [49, 85, 86] qu'au décours des expérimentations en région.

Inciter les médecins à pratiquer le RPIB

Un dispositif de formation spécifique

La formation constitue une étape incontournable pour encourager une mise en pratique du RPIB par les médecins généralistes. Cet objectif ne saurait être atteint par le biais d'actions de sensibilisations même diverses et démultipliées. Concrètement, les acteurs impliqués dans les stratégies régionales se sont adaptés aux possibilités qui leur étaient offertes et, parfois, seule une sensibilisation a été réalisée. Pour autant, tous rapportent la nécessité d'organiser d'authentiques sessions de formations. Pour les médecins généralistes, l'alcool est un thème à la fois peu mobilisateur a priori et déconcertant. Il suscite des réserves et cristallise des préjugés que seule une formation spécifique peut briser afin de répondre aux attentes réelles des praticiens en la matière. Globalement, les formateurs impliqués en région partagent le même point de vue quant au contenu, à la pédagogie et au dispositif global les plus efficients pour une formation RPIB.

Il va de soi que la détermination spécifique voire complète du contenu des formations à proposer aux médecins généralistes revient aux experts du RPIB et non aux auteurs du présent rapport. Si les questions précises du choix des outils de repérage ou du contenu spécifique à donner à une intervention brève se posent dans la perspective d'une diffusion nationale des formations, notre contribution à ce propos ne procède pas d'une position de spécialiste de la thématique. Néanmoins, il nous paraît important de souligner qu'au-delà des différences observées dans les formations dispensées dans les régions, les formateurs s'entendent sur les postulats suivants : 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. De même, au-delà de l'observance stricte de telle ou telle étape pour réaliser "une" intervention brève c'est l'abord par le médecin de la problématique alcool avec le patient, la délivrance d'informations relatives aux consommations à risques ainsi que l'incitation à une réduction de la consommation dans le cadre d'une posture conforme à un entretien motivationnel qui sont recherchées.

Dans ce cadre, plusieurs outils de repérage ont été a minima mentionnés dans les formations. Mais tous les formateurs signalent que, au-delà de l'outil, il s'agit de transmettre au médecin un support lui permettant d'inclure la démarche de repérage dans la consultation jusqu'à tant que celle-ci devienne routinière. Il est nécessaire de privilégier des messages courts, opérationnels, en somme de se rapprocher au mieux de ce qui fait sens pour le médecin, tout en tenant compte de ses conditions d'exercice habituelles. Dès lors, une logique d'adaptation est préconisée, aussi bien pour le formateur face à son auditoire, qu'au plan des outils. Ceux qui ont un impact du point de vue des médecins participants doivent être valorisés par les formateurs.

En lien avec cette logique pragmatique et d'adaptation, le contenu des sessions de formation a partout été progressivement modifié dans le sens d'une réduction des informations générales et d'une valorisation des apports opérationnels, partant du vécu des participants. Ainsi, les données épidémiologiques relatives à l'usage d'alcool en population générale, la littérature sur le RPIB, les informations concernant le montage financier ou partenarial de la stratégie régionale de promotion du RPIB entre autres éléments ont vu leur part notablement réduite dans les diaporamas. En revanche, les informations portant sur les consommations excessives d'alcool dans la clientèle des médecins, celles attestant d'une légitimité reconnue par ses patients au médecin pour aborder les questions d'alcool ainsi que l'ensemble des supports permettant l'acquisition d'un "savoir faire" opérationnel ont reçu une audience maximale.

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

Les objectifs d'une formation des médecins généralistes au RPIB sont ambitieux mais leur ambition n'a d'égale que les changements de pratiques professionnelles ainsi que les bénéfices en termes de santé publique à en attendre. Viser une mise en pratique du RPIB implique dès lors la mise en œuvre d'actions complémentaires venant prolonger ou soutenir les savoirs et savoirs faire délivrés dans le cadre du dispositif de formation en tant que tel.

Ainsi, les acteurs impliqués dans les stratégies régionales sont unanimes pour dire "qu'une fois ne suffit pas" et que la formation seule ne suffit pas non plus. Afin d'entériner la pratique du RPIB, il serait nécessaire de répéter les messages, remobiliser les médecins, en somme prévoir des "piqûres de rappel" jusqu'à temps qu'ils s'approprient la démarche. Seuls les promoteurs girondins ont pu vérifier l'impact de telles "piqûres de rappel" pour maintenir la motivation des médecins à pratiquer le RPIB. Il s'agissait ici d'un effet non prévu au départ. En effet, il a été mis à jour par 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. Les 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. Même s'ils n'ont pas eu l'occasion de le vérifier, tous les acteurs impliqués dans les autres stratégies énoncent le caractère déterminant du renouvellement des messages des médecins au moyen de démarches ciblées, personnalisées ou percutantes.

L'alcool n'est pas le domaine principal de l'activité du médecin. De plus, au-delà de l'alcool c'est la formation des médecins à une démarche plus globale de prévention et d'éducation pour la santé qui est visée au travers du RPIB. Ceci soulève deux difficultés, celle du temps à disposition des médecins généralistes et celle de leurs dispositions face aux démarches de prévention. De fait, les médecins généralistes consacrent une part non négligeable de leur activité à la prévention. Pour autant, ce n'est pas le cas en matière d'alcool et ce type d'intervention ne fait pas partie de leur culture professionnelle. Dès lors, aux yeux des acteurs impliqués dans les stratégies régionales, il n'est pas réaliste de songer à mobiliser les médecins généralistes pour adopter le RPIB sans convenir qu'il s'agit d'un temps professionnel à part entière qui mérite une forme de reconnaissance et de valorisation notamment financière.

Prendre en considération les facteurs externes

Agir sur les représentations en matière d'alcool, concevoir des stratégies de mobilisation des médecins, mettre au point un dispositif de formation spécifique ainsi que des actions complémentaires de soutien et d'accompagnement des médecins constituent les pivots d'une stratégie de promotion du RPIB. Cependant, afin d'assurer une appropriation optimale de la démarche en pratique de routine, il est également nécessaire d'élargir la stratégie au moins dans deux directions : prendre en considération le problème que posent les patients alcoolodépendants aux médecins et cibler les futures générations de médecins en formation initiale.

RPIB et alcoolodépendance

La résurgence des propos et questionnements relatifs à l'alcoolodépendance compte parmi les principales difficultés rencontrées par les formateurs. Quels que soient la région et le type de formation RPIB délivrée, les formateurs soulignent combien les participants n'ont eu de cesse de revenir au thème de l'alcoolodépendance, décentrant ainsi le propos de la formation. Ceci renvoie aux représentations typiques des médecins concernant les conduites d'alcoolisation. Entre un usage

convivial non pathologique et une dépendance chronique, celles-ci ne laissent que peu de place aux alcoolisations excessives. L'enjeu même des formations RPIB consiste donc à casser ces représentations, sortir de l'alcoolodépendance pour amener les médecins à considérer la prévalence et l'impact sanitaire des alcoolisations excessives. Pour autant, cette résurgence des propos sur l'alcoolodépendance n'est pas le seul reflet de représentations outrancières, à tempérer. On peut également la saisir comme un signe de l'isolement et des difficultés que les médecins rencontrent face aux patients dépendants de l'alcool. Dès lors, même si former les praticiens au RPIB implique de faire valoir l'importance des usages qui ne relèvent pas de la dépendance, le message ne saurait passer si l'on n'agit pas simultanément pour les soutenir face aux réelles préoccupations qu'ils rencontrent avec les patients alcoolodépendants. Finalement, 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. 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 : "S*ans 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*".

Formation initiale des médecins généralistes

Parmi les actions incontournables pour une diffusion large du RPIB auprès des médecins généralistes, tous les acteurs en région soulignent la nécessité d'inclure ce thème en formation initiale. D'évidence, une sensibilisation précoce de futurs praticiens ne peut qu'être bénéfique à la généralisation du niveau de connaissance requis en matière d'alcoolisation excessive. De plus, le cadre de la formation initiale paraît des plus propices pour opérer un renouvellement en profondeur des dispositions traditionnelles concernant l'alcool et la prévention, diffuses dans le corps médical. En effet, les générations actuelles de médecins ont été formées dans un référentiel clinique de soin à l'exclusion d'une véritable "culture" de santé publique et de prévention. Aussi, un renouvellement de la formation

initiale doit permettre d'agir sur la représentation que les médecins se font de leur rôle et, partant, sur l'adoption de pratiques de prévention.

L'ensemble des points qui viennent d'être exposés correspond à la mise en œuvre d'une stratégie de promotion du RPIB "idéale". Pour autant, en supposant que tous ces facteurs puissent être réunis dans le cadre d'un plan national de promotion du RPIB, il est nécessaire de rester modeste quant à l'ampleur des résultats à en attendre à court terme. En effet, la diffusion du RPIB en matière d'alcool impulse un bouleversement de fond qui va bien au-delà du simple dépistage des alcoolisations à risques. Le RPIB touche à un tabou et à la représentation même que les médecins se font de leur rôle. Plus que l'acquisition d'une nouvelle technique pour agir contre un problème clairement identifié, le RPIB implique l'intériorisation de nouvelles normes encadrant la perception de l'alcool et du rôle du médecin généraliste en matière de santé publique. Nombre d'acteurs impliqués dans les stratégies régionales parlent d'une véritable "révolution culturelle" à mener à ce propos. Certes, le changement est en marche et l'intérêt que les médecins participants aux formations ont porté au RPIB en est un signe éloquent. Néanmoins, même optimale, une stratégie de promotion du RPIB auprès des médecins généralistes doit être conçu dans la durée et ne portera pleinement ses fruits qu'à long terme.

LES MODELES DE PROMOTION DU RPIB : CARACTERISTIQUES, FORCES, LIMITES

Au regard des stratégies adoptées dans les cinq régions étudiées, quatre grands modèles de promotion du RPIB semblent se dégager. Nous les désignerons comme suit : 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.

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, asseoir 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 délégués 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 prédéfini 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 prédéfinie doit nécessairement bénéficier d'une reconnaissance et garantir sa validité.

Recommandations

L'ensemble des recommandations réunies ci-après a pour ambition de nourrir la réflexion pour une définition du plan national de promotion du RPIB auprès des médecins généralistes. Cette réflexion pourrait être utilement menée avec le concours de l'ensemble des acteurs déjà impliqués dans des stratégies régionales, sur la base des points consensuels qui émergent et tout en tenant compte des ressources locales.

…en ce qui concerne les acteurs

- ☞ Assurer l'engagement des pouvoirs publics et lier des alliances avec les ressources locales

Dans la perspective d'une promotion du RPIB à échelle nationale, un des premiers enseignements qu'il est possible de tirer du présent rapport est qu'il existe à ce jour de solides ressources qui peuvent servir de support à la définition d'une stratégie nationale. Les acteurs qui se sont impliqués en région disposent d'une expérience et d'une expertise certaines et les stratégies qu'ils ont bâties font émerger un certain nombre de facteurs décisifs pour s'assurer de l'audience des médecins généralistes sur cette thématique. Aussi, prendre en considération aussi bien les succès que les difficultés rencontrées dans chacune des expériences régionales et s'entourer de l'expertise acquise par les promoteurs et leurs partenaires nous paraît constituer un point de départ incontournable pour la définition d'une stratégie nationale. Dans le même temps, il est tout aussi nécessaire que l'état affiche une volonté politique forte en la matière et s'engage concrètement dans la construction de la stratégie. De fait, le RPIB est un enjeu de santé publique. Son inscription durable dans une authentique politique de santé est l'une des conditions de sa diffusion auprès des professionnels de santé. Ceci d'autant plus qu'un bouleversement des représentations en matière d'alcool mais aussi relativement à la prévention est en jeu. L'ampleur du changement nécessite une mutualisation des compétences et des énergies. De plus, nombre d'acteurs sont fortement impliqués en région, il est important de veiller à ce que ces énergies ne s'épuisent pas faute de soutien, d'accompagnement ou de référentiel balisant leur action.

Déterminer des orientations générales, assurer les acteurs locaux d'une stabilité financière, favoriser les partenariats, stimuler les ressources locales ou pallier à leurs carences relèvent des compétences et de la responsabilité de l'état.

- ☞ Elargir progressivement la cible de la stratégie à d'autres professionnels de santé de premier recours

Nous l'avons vu à plusieurs reprise tout au long de ce rapport, la lutte contre les alcoolisations excessives en médecine générale est au cœur des stratégies régionales mais la promotion du RPIB vise un objectif bien plus large d'intégration de pratiques de prévention et d'éducation à la santé par les professionnels de soins primaires. Autrement dit, bien plus qu'une « technique d'intervention » à disposition des seuls médecins généralistes pour venir en aide aux buveurs excessifs, le RPIB recouvre une démarche de prévention attendue de multiples professionnels de santé et applicable à de nombreux comportements à risque.

Les médecins généralistes comptent d'évidence parmi les premiers professionnels désignés pour l'adoption du RPIB mais cette pratique s'adresse également à l'ensemble des professionnels qui occupent une place privilégiée au contact de l'ensemble de la population. De même, cette pratique s'inscrit dans une approche populationnelle, ses indications peuvent être étendues au cannabis entre autres conduites à risque.

…en ce qui concerne le contenu

- ☞ Viser un changement des représentations : Poursuivre l'effort de médiatisation

L'organisation d'actions de communication et de médiatisation massive constitue un support de promotion du RPIB présenté comme incontournable partout, par tous les acteurs : d'une part, pour légitimer et accompagner l'action des médecins généralistes et, d'autre part pour prévenir la consommation excessive d'alcool auprès du grand public.

En ce qui concerne les médecins généralistes, les modalités de cette médiatisation renouvelée dans le temps restent à définir. Les médecins généralistes comptent parmi les professionnels les plus surchargés d'informations. En conséquence, les supports médiatiques doivent être réfléchis afin que le RPIB ne soit pas noyé parmi toutes les actions, nouveautés, ou médicaments signalés aux praticiens. S'agissant du contenu de la campagne, tous les acteurs rencontrés en région mettent en avant la

campagne de médiatisation menée sur la prescription d'antibiotiques comme étant un modèle du genre. Ce type de médiatisation a eu un réel impact auprès des patients et a, de ce fait, clairement facilité l'action des médecins généralistes. De plus, divers professionnels de santé ont fait l'objet récemment de la campagne de communication de l'INPES visant à promouvoir le dialogue sur l'alcool. Lancée par la DGS et la MILDT dans le cadre du plan cancer et du plan quinquennal en novembre 2004, elle a notamment comporté la diffusion de plus de un million de dépliants rappelant les risques liés à une consommation excessive, les repères de consommation à moindre risque, les équivalences entre types de boissons alcoolisées ainsi qu'un document d'accompagnement à destination des professionnels

S'agissant du grand public, les objectifs de cette campagne ont été de faire prendre conscience aux buveurs réguliers excessifs qu'ils sont dans l'excès, de faire évoluer les représentations masculines sur l'alcool pour de mettre en avant la surexposition des hommes au risque alcool et de promouvoir l'abstinence pendant la grossesse.

Une nouvelle campagne de communication pourrait s'inspirer de la médiatisation organisée autour de la prescription d'antibiotiques, une fois les déterminants de son succès identifiés. Il serait utile également d'inscrire la nouvelle campagne de communication dans le prolongement de celle lancée en novembre 2004. Une telle campagne pourrait être utilement organisée à partir des résultats de l'évaluation de l'impact de la dernière campagne auprès des professionnels et du grand public. La prise en compte effective des scores de post-tests en termes de mémorisation (se souvenir de l'avoir vu ou entendu) ou de reconnaissance, d'agrément (avoir aimé la campagne), d'implication (se sentir concerné par le message) ou d'incitation (tendre à modifier son comportement), permettrait d'affiner la forme et le contenu de la campagne. Un dispositif de veille servant à garantir la prise en considération des résultats de l'appréciation de l'impact des campagnes précédentes est fortement recommandé afin d'affiner en permanence les campagnes successives pour un impact optimal.

Tout en renouvelant les informations sur les risques liés à une alcoolisation excessive, les messages choisis devraient veiller à ne pas véhiculer une image négative des buveurs excessifs. Toute forme de stigmatisation ne peut que nuire à la perception de l'alcoolisation excessive comme un problème de santé ayant sa place dans une consultation habituelle.

☞ Inciter les médecins à se former et à pratiquer le RPIB

Afin qu'ils adoptent le RPIB en pratique de routine, les médecins généralistes doivent être motivés concrètement pour se former, pour expérimenter les techniques du RPIB mais aussi plus largement pour s'inscrire dans une démarche de prévention à l'égard de leurs patients. Tout ceci implique la mise au point de stratégies de mobilisation qui se déclinent à plusieurs échelons :

- Pour s'assurer d'une inscription effective des médecins à des sessions de formations, de véritables démarches de marketing devraient être mises en place. Leurs modalités restent à préciser mais de simples courriers d'information proposant une formation sont insuffisants. De plus, une indemnisation des médecins les encourage fortement à participer à une formation.
- Le contenu des formations paraît stabilisé parmi les experts mais pour garantir une transmission optimale aux praticiens, un dispositif de type « formation-action » paraît des plus profitables. Il s'agit d'un dispositif relativement lourd ce qui justifie une indemnisation des participants. Les médecins généralistes sont d'autant plus disposés à pratiquer le RPIB qu'ils ont eu l'occasion de l'expérimenter dans le cadre d'une formation.
- Afin que le RPIB s'inscrive durablement en pratique de routine, il paraît nécessaire de concevoir la formation comme un processus étalé dans le temps. Il ne s'agit pas de solliciter les médecins pour qu'ils participent plusieurs fois aux mêmes sessions de « formation-action ». En revanche, il semble décisif de mettre en place, au moins à court terme, des stratégies de remobilisation : rappel des messages / réunions d'échanges autour de la pratique du RPIB / accompagnement ou suivi des médecins…
- En plus des actions visant une participation des médecins aux formations ainsi que la mise au point d'un dispositif de formation des plus stimulants pour qu'ils expérimentent le RPIB, celui-ci ne saurait être adopté sans une reconnaissance officielle du rôle des médecins généralistes en matière de prévention. Si les interventions de prévention sont partie prenantes de leur activité quotidienne, celles-ci pâtissent encore d'un manque de légitimité. La prévention ne fait pas partie de la culture professionnelle traditionnelle des médecins généralistes. De plus, les contraintes encadrant leur pratique de routine font barrage à une banalisation des interventions de prévention. En l'absence d'encouragements et de valorisation de ces interventions, il est peu probable que celles-ci soient massivement intégrées dans la pratique de routine.

☞ Evaluer la stratégie de promotion

Compte tenu des acquis de la littérature, la promotion du RPIB ne peut pas être conçue comme un projet expérimental, devant faire la preuve de sa pertinence comme stratégie de lutte contre les alcoolisations excessives (*Cf.* page 25). Son efficacité a été démontrée sur la base d'un grand nombre de projets expérimentaux au niveau international et son efficience, à la lumière des bénéfices potentiels du RPIB, dépasse tout doute raisonnable. Néanmoins, afin d'asseoir un plan national de promotion du RPIB, il semble nécessaire de concevoir des procédures d'évaluation communes pour répondre aux exigences exposées ci-après. Notons que la mise en œuvre de protocoles d'évaluation à échelle nationale ne semble ni réaliste ni forcément souhaitable. L'évaluation doit être relayée au niveau territorial. Elle pourrait être élaborée dans une ou plusieurs régions, notamment celles qui ont déjà lancé une promotion du RPIB et dans lesquelles on trouve des acteurs motivés pour s'engager dans ce type de procédures.

- La dimension nationale de la stratégie justifie que l'on s'assure de la qualité des actions lancées. Un dispositif d'évaluation permettrait de veiller à la transparence, au respect de bonnes pratiques dans la déclinaison du plan en région et de garantir la comparabilité des résultats entre les différentes stratégies.
- En cas de stratégies alternatives de mobilisation, de recrutement pour les formations ou de dispositifs de formations au niveau local, il semble opportun que la dimension économique fasse l'objet d'une procédure d'évaluation. Cela permettrait d'attester puis de suivre la rentabilité des diverses options choisies, si tel est le cas.
- Par ailleurs, rien n'empêche, en dehors des aspects purement économiques, de mettre en place une étude d'efficacité cherchant à mesurer l'impact des stratégies de mobilisation, de formation et d'accompagnement décidées, sur la participation effective des médecins aux formations, sur leur adoption du RPIB ainsi que sur les comportements des buveurs excessifs repérés. Ce type d'étude ne doit pas être conçu comme un préalable au lancement de la stratégie mais comme un dispositif de veille nécessaire pour une bonification continue des actions menées.

…en ce qui concerne la communication autour du plan national

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 donc 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.

Par ailleurs, une rubrique spécifiquement dédiée au RPIB pourrait être utilement conçue sous forme « d'aide aux acteurs » au sein du site internet de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies. L'existence et l'opportunité du recours à cette rubrique devraient être clairement signalée aux professionnels. A minima, celle-ci devrait comporter une présentation des outils du RPIB, un guide de bonnes pratiques ainsi qu'un répertoire des professionnels et institutions spécialisées dans la prise en charge des dépendances.

Annexes

Liste de sigles

Bibliographie générale

Outils de formation utilisés dans les régions examinées :

Aquitaine
Bourgogne
Champagne Ardenne
Ile de France

Annexe 1 : Sigles et acronymes utilisés

ADDICA : ADDIctions Précarité Champagne Ardenne.

AGIR-33 : Réseau Addictions GIRonde.

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie.

ARC : Attaché de Recherche Clinique.

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation.

ARMA : Association pour la Recherche sur les Maladies Alcooliques.

AUDIT : *Alcohol Use Disorders Identification Test*.

BMCM : Boire Moins C'est Mieux.

CAST : Centre d'Accueil et de Soins pour Toxicomanes.

CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie.

CDPA : Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme.

CFES : Comité Français pour l'Education à la Santé.

CHAA : Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie.

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé.

CIM : Classification Internationale des Maladies.

CME : Commission médicale d'Etablissement.

CMS : Centre Médico-Social.

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants.

CODES : Comité Départemental d'éducation pour la Santé.

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

CRAES : Comité Régional Aquitain d'Education pour la Santé.

CRAMIF : Caisse Régional d'Assurance Maladie d'Ile de France.

CRES : Comité Régional pour l'Education à la Santé.

CROS : Comité Régional de l'Organisation Sanitaire.

CRPAT : Comité Régional de Prévention de l'Alcoolisme et des autres Toxicomanies.

CSST : Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes.

CUB : Communauté Urbaine de Bordeaux.

DAME : Dépistage Au Moyen d'un Entretien.

DEPAR : DEpistage et Prise en charge de l'Alcoolisation à Risque.

DETA : Diminuer Entourage Trop Alcool.

DGS : Direction Générale de la Santé.

DRASSIF : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile de France.

DRDR : Dotation Régionale de Développement des Réseaux.

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

DSM : Association américaine de psychiatrie reprise dans le manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux.

EISP : Efficacité de l'Intervention brève en Santé au travail

ELSA : Equipe de Liaison et de Soin en Addictologie;

ETP : Equivalent Temps Plein.

EURECA : *European Network on Strategies to Engage General Practitioners in Cancer Prevention.*

FACE : Formule pour Apprécier la Consommation en Entretien.

FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité de Soins de Ville.

FMC : Formation Médicale Continue.

FNPEIS : Fonds National de Prévention, d'Education et d'Informations Sanitaires.

FRAMES : Feed-back, Responsabiliser, Advice, Menu, Empathie, Self-efficacity.

GGT : Gamma-glutamyltransferase.

GT 51 : Médecine Générale et conduites addicTive.

HCSP : Haut Comité de la Santé Publique.

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.

IPS : Institut de Promotion de la Santé (de Saint Quentin en Yvelines).

LNC : Ligue Nationale contre le Cancer.

MAST : *Michigan Alcoholism Screening Test*.

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie.

OR : *Odd Ratio*.

ORS : Observatoire Régional Santé.

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé.

PDAPS : Plan Départemental d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les personnes en situation de précarité.

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les personnes en situation de précarité.

PRS : Programme Régional Santé.

PRSP : Programme Régional Santé Publique.

RAVMO : Réseau Addiction Val de Marne Ouest.

REPEX : REPérage de buveurs Excessifs.

RESAPSUD : Réseau sud aquitain des professionnels de soins aux usagers de drogues.

RIAP : Relevés Individuels d'Activité et de Prescription.

RPIB : Repérage précoce et intervention brève.

SAN : Syndicat d'Agglomération Nouvelle (de Saint Quentin en Yvelines).

SFA : Société Française d'Alcoologie.

SREPS : Schéma Régional en Education pour la Santé.

SROS : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire.

TMP : Trois Méthodes de Promotion (du RPIB).

UIA : Unité Internationale d'Alcool.

UNAFORMEC : Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue.

UPMLB : l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Bourgogne.

URCAM : Union Régionale de Caisse d'Assurance Maladie.

URML : Union Régionale de Médecins Libéraux.

URMLA : Union Régionale des Médecins Libéraux d'Aquitaine.

URMLB : Union Régionale des Médecins Libéraux de Bourgogne.

Annexe 2 : Bibliographie

1. Martin, D., *Joies et peines de la stratégie d'action d'alcool en France*, in *Les médecins de santé publique de l'Etat*, ENSP, Editor. 2005, à paraître: Paris.
2. OFDT, *Drogues et dépendances : données essentielles*. 2005, Paris: Editions La Découverte.
3. Inserm, *Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance.* 2003, Paris: INSERM. 536.
4. HCSP, *La santé en France 2002*. 2002, Paris: La Documentation française. 412.
5. Huas, D., et al., *"Malades alcooliques" et consultations générale : prévalence et détection.* La Revue du praticien, 1990. N° 81: p. P. 45 à 49.
6. Huas, D.A., H, ; Loiseau, D. ; Pessione, F. ; Rueff, B., *Prévalence du risque et des maladies liés à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste.* Revue du praticien de médecine général, 1993. 203: p. 39-44.
7. Mouquet, M.-C. and H. Villet, *Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné.* Etudes et Résultats, 2002. N°192: p. pp.1-11.
8. Anda, R.F.W., D. F. ; Remington, P.L.;, *Alcohol and fatal injuries among US adults: findings from National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) Epidemiologic Follow-up Study.* JAMA, 1988. 260: p. 2529-32.
9. Boffeta, P.G., L. ;, *Alcohol drinking and mortality among men enrolled in an American Cancer Society prospective study*. Epidemiology, 1990. 1: p. 342-8.
10. Fuchs, C.S.S., M.J. ; et al. ;, *Alcohol consumption and mortality among women.* New England J Med, 1995. 332: p. 1245-50.
11. Royal Colleges of Physicians, P.a.G.P., *Alcohol and the heart in perspective: sensible limits reaffirmed*. 1995, Royal Colleges: London.
12. BMA, *Alcohol: guidelines on sensible drinking*. 1995, British Medical Association: London.
13. Guilbert, P. and H. Perrin-Escalon, eds. *Baromètre Santé Nutrition 2002*. 2004, éditions CFES: Vanves. 259.
14. Reynaud, M.P., Philippe-Jean ;, *Les personnes en difficulté avec l'alcool*, ed. D. techniques. 1999, Paris: Editions CFES.
15. ANAES, *Les conduites d'alcoolisation. Recommandations pour la pratique clinique.* Alcoologie et Addictologie, 2001. 23(Supplément au N°4): p. 1S-76S.
16. Michaud, P., et al., *Intervention brève auprès des buveurs excessifs.* La Revue du praticien, 2003(Tome 17): p. p. 282 à 289.
17. Reynaud, M., *Usage nocif de substances psychoactives : identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir*. Rapport au Directeur général de la Santé du groupe de

travail présidé par le professeur Michel Reynaud, ed. M.d.à.l.S. Ministère de l'Emploi et de la solidarité, Direction générale de la Santé. 2002, Paris: La documentation Française. 277.

18. Maresca, P.L.Q., G ; Badeyan, G. ; Rorbart, G., *Les attitudes vis à vis de l'alcool et du tabac après la loi Evin.* Etudes et Résultats, 2000. 78.
19. Beck, F., S. Legleye, and P. Peretti-Wattel, *Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations opinions et perceptions sur les produits psychotropes (EROPP) 2002*. 2003, Paris: OFDT. 228.
20. Ministère de Santé, d.l.F., et des personnes handicapées, Direction Générale de la Santé, *Stratégie d'action alcool : Intensifier la prévention et le traitement des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool (2002-2004)*. 2001. p. 34.
21. Craplet, M., *Passion alcool*. 2000, Paris: Editions Odile Jacob. 383.
22. Bergeron, H., ed. *Dispositifs spécialisés "alcool" et "toxicomanie", santé publique et nouvelle politique des addictions : Analyse sociologique du fonctionnement de quatre dispositifs départementaux de prévention des pratiques d'alcoolisation et de prise en charge des prsonnes en difficulté avec l'alcool*. 2003, OFDT: Paris. 128.
23. Bouix, J.-C., et al., *Parler d'alcool reste un sujet tabou.* La Revue du praticien, 2002. 16: p. 1488-1492.
24. Nalpas, B., et al., *Attitudes et opinions des médecins libéraux sur l'alcoolisme.* La presse médicale, 2003. tome 32(n°9): p. P. 391 à 399.
25. Samuel, R. and P. Michaud, *Le généraliste face au risque "alcool" : une étude qualitative.* Pratiques Médicales et Thérapeutiques, 2002. n°21: p. P. 23 à 26.
26. Picard, V., *Les adolescents et l'alcool : le médecin de famille a-t-il une place dans la prévention?*, in *Médecine Générale*. 2001, Université de Clermont-Ferrand: Clermont.
27. Pouchain, D.H., Dominique ; Druais, Pierre-Louis ; Wolf, Bernard ; Pas, Léo., *Implication des médecins généralistes dans la prévention.* La revue du praticien - Médecine Générale, 1998. 12(440): p. 31-37.
28. Arènes, J.G., P. ; Baudier, F., *Baromètre santé médecins généralistes 98/99*. 2000, Paris: CFES. 218.
29. Arènes, J.B., F. ; Dressen, Christiane, Rotily, M. ; Moatti, J.P., *Baromètre santé 94/95 médecins généralistes*. 1996, Paris: CFES. 137.
30. CDC, *Santé et famille*, in *Rapport public annuel*. 2003, Cour des comptes: Paris. p. 87.
31. Miche, J.-N. and J.-L. Gallais, *Perceptions du "risque alcool" et des comorbidités liées à l'alcoolisation.* La Revue du praticien, 1999. Tome 13(n°470): p. 1402-1408.
32. Batel, P., *Repérage des consommateurs excessifs en médecine générale.* THS La Revue, 1999. 1(3): p. 50-55.
33. Michaud, P. and P. Fouilland, *Alcool, tabac, drogue : Le public fait confiance aux médecins.* La Revue du praticien, 2003(tome n°17, n°611): p. p. 605 à 608.
34. Bien, T.M., WR. ; Tonigan, JS.;, *Brief interventions for alcohol problems: a review.* Addiction, 1993. 88: p. 315-36.
35. Freemantle, N.G., P. ; Godfrey, C. ;Long, A. ; Richards, C. ; Sheldon, T. ; Song, F. ; Webb, J. et al., *Briefs interventions and alcohol use.* Quality health Care, 1993. 7: p. 2-12.

36. Kahan, M.W., Lynn ; Becker, Lorne., *Effectiveness of physician - based interventions with problem drinkers : a review.* Can Med Assoc J, 1995. 152(6): p. 852-859.

37. Ashenden, R.S.C.W.D., *A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice.* Fam Pract, 1997. 14: p. 160-75.

38. Wilk, A.I.J.N.M.H., T. C., *Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers.* J Gen Intern Med, 1997. 12: p. 274-83.

39. Moyer, A.F., J. W. ; Swearingen C. E. ; Vergun, P., *Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment seeking populations.* Addiction, 2002. 97: p. 279-292.

40. Ballesteros, J.A., J. ; Gonzalez-Pinto, A. ; Querejetad, I., *Effectiveness of medical advice for reducing excessive alcohol consumption. Meta-analysis of Spanish Studies in primary care.* Gac Sanit, 2003. 17(2): p. 116-122.

41. Beich, A., T. Thorsen, and S. Rollnick, *Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practise : systematic review and meta-analysis.* BMJ, 2003. Volume 327: p. P. 1 à 7.

42. Bertholet, N.S., Raymund ; Duhamel, Olivier ; Perney, Pascal ; Daeppen, Jean-Bernard., *Efficacité de l'intervention brève.* Alcoologie et Addictologie, 2003. 25(45): p. 59S-63S.

43. Heather, N., *Effectiveness of brief interventions proved beyond reasonable doubt.* Addction, 2002. 97: p. 293-4.

44. Heather, N., *Repérage et prise en charge des problèmes d'alcool en médecine de premier recours.* Alcoologie et addictologie, 2004. 26(supplément au n°3): p. 34S-40S.

45. Wutzke, S., E. ; Conigrave, M. ; Saunders, John B. ; Hall, Wayne D., *The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-year follow-up.* Addction, 2002. 97: p. 665-675.

46. Ludbrook, A.G., Christine ; Wyness, Laura ; Parrott, Steve ; Haw, Sally ; Napper, Moira ; Van Teijlingen, Edwin., *Effective and cost-effective measures to reduce alcohol misuse in Scotland: a literature review*. 2002, Health Economics Unit Research - Scotish executive. p. 65-85.

47. French, M., T, *Interventions brèves en alcoologie.* Alcoologie et Addictologie, 2004. 26(Supplément au n°3): p. 20S-23S.

48. Fleming, M.M., Marlon P. ; French, Michel T. ; Baier Manwell, Linda . Stauffacher, Ellyn, A. ; Lawton, Barry, Kristen., *Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings.* Medical Care, 2000. 38(1): p. 7-18.

49. Gomel, M.K.W., Sonia E. ; Hardcastle, Deborah M. ; Lapsley, Helen ; Reznik, Robert, B., *Cost-effectiveness of strategies to market and train primary health care physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use.* Soc. Sci. Med., 1998. 47(2): p. 203-211.

50. Wutzke, S., E. ; Shiell, Alan ; Gomel, Michelle K. ; Conigrave, Katherine M. ;, *Cost effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption.* Social Science and Medicine, 2001. 52: p. 863-870.

51. ORS-Aquitaine, *La consommation d'alcool en Aquitaine : Enquête en médecine libérale*. 2004.

52. DRASS-Aquitaine, *Un programme régional de santé "alcool" pour l'Aquitaine 2001-2006*. 2001.

53. DRASS-Aquitaine, *Une action spécifique du PRS alcool et un programme pilote en Aquitaine*, in *Le Repérage précoce et interventions brèves auprès des buveurs à risque et/ou à probèmes par les médecins généralistes aquitains*. 2003.

54. Rocques, B., *La dangerosité des drogues*. 1999: Odile Jacob. 316p.

55. DRASS-Aquitaine, *9 bonnes raisons de parler d'alcool avec tous vos patients*, in *La Preuve par 9*. 2002.

56. Castera, P., *Présentation du promoteur : réseau "Agir 33" ; une association regroupant tous les acteurs impliqués.."* 2003.

57. Huas, D., et al., *Efficacité à un an d'une intervention brève auprès des consommateurs d'alcool à problèmes.* La Revue du praticien, 2002. Tome 16, n° 586: p. P. 1343 à 1348.

58. Depinoy, D., Demeaux, J.-L., *Dépistage des mésusages de l'alcool.* La Revue du praticien, 2004. Tome n°18(n°650/651): p. P. 553 à 561.

59. RESAPSUD, *Repérage précoce et interventions brèves auprès des buveurs excessifs d'alcool par les médecins généralistes du Pays Basque*. 2003.

60. Duburcq, A. and V. Donio, *Evaluation intermédiaire du projet d'amélioration de la qualité des soins en ville, en alcoologie*. 2004, Cemka Eval.

61. Donio, V., Duburcq, Anne., *Résultats statistiques. Troisième passage des ARC. AGIR 33*. 2004.

62. Vallé, J.P., *Le médecin, le patient et l'alcool.* Pratiques Médicales et Thérapeutiques, 2002. 21.

63. Emeriaud, P.G., P., *Alcool: un problème peut-être plus fréquent qu'on ne le pense habituellement. Consommateurs d'alcool "à problème" en médecine générale.* Pratiques Médicales et Thérapeutiques, 2002. 21.

64. Emeriaud, P.G., P., *Les malades de l'alcool : données épidémiologiques et scientifiques.* Pratiques Médicales et Thérapeutiques, 2002. 23.

65. Emeriaud, P.G., P., *Situations et pathologies liées à l'alcool : est-il possible d'intervenir, ou n'est-il pas "trop tard"?* Pratiques Médicales et Thérapeutiques, 2002. 22.

66. Emeriaud, P.G., P., *Alcool, alcoolisme, alcoolique : comment les voyons-nous?. Déterminants du comportement et du discours face à l'alcool.* Pratiques Médicales et Thérapeutiques, 2002. 24-25.

67. DRASS-DDASS-Bretagne, *Cap Santé Bretagne.* Journal de la politique régionale de santé publique : DRASS et DDASS de Bretagne, 2001. N°4: p. 16.

68. Got, C.W., Jacques., *L'alcool à chiffres ouverts. Consommations et conséquences : indicateurs en France*. 1997: Seli Arslam. 350.

69. ORS-Bretagne, *Les conduites de consommation d'alcool dans la clientèle des médecins généralistes en Bretagne*. 2002. p. 59.

70. DREES, *Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné.* Etudes et Résultats, 2002. N° 192: p. 12.

71. URML-Bretagne. Levasseur, G., Bataillon, R., Samzun, J.L.,, *Baromètre des pratiques en médecine libérale : Dépistage du mésusage des boissons alcoolisées en médecine générale*. 2004. p. 12.

72. DRASS-Bretagne, *Programme Régional de Santé Publique de Bretagne, 2001-2002*. 2001. p. 96.

73. Rigaud, A., *Les conduites d'alcoolisation : recommandations pour la pratique clinique.* Alcool ou Santé, 2002(N° 240): p. 4-14.

74. ORS-Champagne-Ardenne, *Enquête Alcool Médecine Libérale en Champagne-Ardenne*. 2000. p. 81.

75. DRASS-Champagne-Ardenne, *Programme régionale de santé "le risque alcool en Champagne-Ardenne 1998-2003*. 1998.

76. Sanino, N., *Evaluation finale du réseau ADDICA*. 2004, CEMKA-EVAL.

77. Bertin, A., Françoise., Dépinoy, Dominique, *Les consommations d'alcool en dehors de la dépendance*, in *Guide de bonne pratique*. 2004, ADDICA.

78. Heather, N., *WHO phase IV collaborative project on implementing country-wide early identification and brief intervention strategies in primary health care*. 1998.

79. Arfaoui, S., *Construction d'un questionnaire court de repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale : le questionnaire "FACE". Thèse pour le Doctorat de Médecine*. 2002, Université René Descartes: Paris. p. 146.

80. Arfaoui, S.D., Anneviolaine; Demortière, Gérald; Abesdris, Julie; Abramovici, Francis; Michaud, Philippe, *Repérage précoce du risque alcool : savoir faire "FACE".* La revue du praticien, 2004. 18: p. 201-205.

81. Batel, P. and P. Michaud, *Consommation d'alcool à risque ou à problèmes et interventions brèves.* Gastroentérologie Clinique et Biologique, 2002. 26(5 supplement): p. 158-162.

82. Cassidy, P., et al., *Marketing Strategy for Screening and Brief Intervention in Primary Health Care*. 2002, WHO.

83. Michaud, P., *Boire moins, c'est mieux.* Alcool ou Santé, 2001(N°237): p. 5-15.

84. Abesdris, J. and P. Michaud, *Diffusion de la pratique de l'intervention brève.* Médecine et Hygiène, 2003(N° 2451).

85. Hansen, L.J.O., Niels de Fine ; Beich, Anders ; Barford, Sverre., *Encouraging GPs to undertake screening and a brief intervention in order to reduce problem drinking: a randomized controlled trial.* Family Practice, 1999. 16(6): p. 551-557.

86. Mc Corninck, R.A., Peter ; Powell, Anne ; Bunbury, Dean ; Paton-Simpson, Grant ; Mc Avoy, Brian, *Encouraging general practitioners to take up screening and early intervention for problem use of alcohol: a marketing trial.* Drug and acohol review, 1999. 18: p. 117-177.

Annexe 3 : Outils de formation utilisés dans les régions examinées

En vue de faciliter les échanges de pratiques entre les divers acteurs de terrain, le présent rapport rassemble ci-après les diaporamas utilisés par les différents intervenants régionaux, à l'exception de la Bretagne (étant en cours d'élaboration lors de la réalisation du rapport).

Un travail continu d'adaptation et d'actualisation est réalisé constamment par les formateurs dans les différentes régions examinées. En conséquence, il est important de noter que les versions présentées ici peuvent avoir fait l'objet d'améliorations ultérieures et qu'il peut ne pas s'agir de la dernière version disponible.

Annexe 3.1 : Outils de formation utilisés en Gironde

Les mésusages d'alcool.

PRS alcool Aquitaine

Réseau AGIR 33

En collaboration avec le Dr. Ph. Michaud

Et « Boire Moins C'est Mieux »

Les mésusages d'alcool

Conséquences

L'alcool: un problème de santé publique

En France

5 millions de consommateurs d'alcool sont des consommateurs à risque et à problèmes, soit 3 fois plus que des consommateurs alcoolo-dépendants.

L'alcool: un problème de santé publique

Et en Aquitaine ?

1 000 personnes décèdent chaque année d'une pathologie directement liée à l'alcool
ces décès surviennent une fois sur deux chez les moins de 65 ans (46 %)

L'alcool, pas seulement un problème d'alcoolo-dépendance

- **La moitié de toute la mortalité liée à l'alcool concerne des consommateurs non-dépendants (accidents, cancers, pathologies cardiovasculaires…)**
- **La consommation à risque d'alcool concerne en Aquitaine (entre 16 et 55 ans) 1/3 des hommes et 1/10 des femmes qui consultent un médecin généraliste.**

Abord quantitatif du risque alcool

Augmentation de la mortalité globale
dès 2 verres/j chez la femme,
dès 3 verres/j chez l'homme.

Risque pour les porteurs de VHC,
risque fœtal +++
risque accidentel
risque social, professionnel
interaction avec les médicaments

Les mésusages d'alcool

Définitions

Les mésusages d'alcool: de qui parle t'on?

- Il peut s'agir d'un patient dépendant, c'est à dire qui a perdu la maîtrise sur sa consommation.

Les mésusages d'alcool: de qui parle t'on?

- Il peut s'agir d'un patient qui se met en danger par sa consommation d'alcool, sans être alcoolo-dépendant:
  - pas de répercussion actuelle : **usage à risque.**
  - répercussion actuelle : **usage nocif.**

Reconnaître un usage à risque, c'est:

- Identifier des seuils de consommation, au delà desquels le risque augmente.
- Identifier des circonstances où les consommations sont dangereuses.

Les recommandations de l'INPES adaptées de l'OMS

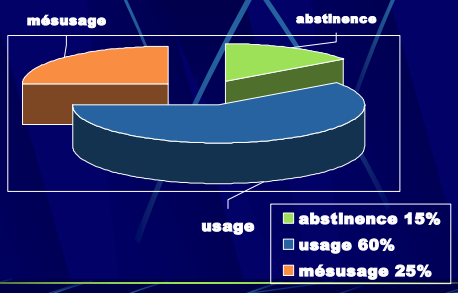
(1 unité = 1 verre standard = 10 g d'alcool)

- **Usage ponctuel:**
  - **Jamais plus de 4 verres par occasion.**
- **Usage régulier :**
  - **Pas plus de 21 verres par semaine chez l'homme** (3 verres/jour en moyenne);
  - **Pas plus de 14 verres par semaine chez la femme** (2 verres / jour en moyenne);

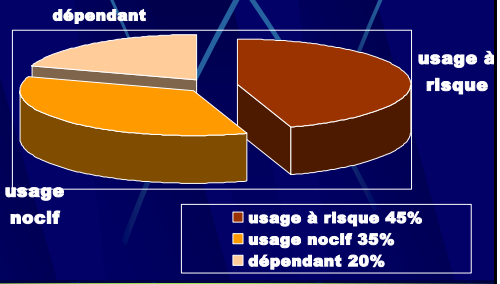
Pas d'alcool dans les circonstances suivantes:

- Grossesse,
- Enfance,
- Pathologie particulière (hépatite..),
- Dette de sommeil,
- Conduite de véhicule, machine dangereuse,
- Responsabilités nécessitant de la vigilance,
- Avec certains médicaments,
- Alcoolodépendant abstinent...

Les mésusages d'alcool: de qui parle t'on ?



Les mésusages d'alcool: de qui parle t'on ?



Les mésusages d'alcool

Que peut-on faire?

Un programme régional de santé pour l'Aquitaine 2001-2006

- Réduire en Aquitaine les dommages dus à une consommation dangereuse d'alcool.
  - Travailler sur le déni.
  - Mieux reconnaître la réalité de la consommation à risque et/ou nocive.

Un programme en 6 axes

- Agir sur les modes de consommation.
- Développer les démarches de prévention.
- **Réduire l'usage à risque par un repérage précoce par les MG suivi d'un conseil minimal.**
- Améliorer l'accès aux soins de qualité.
- Développer la compétence des intervenants professionnels et bénévoles.
- Mieux évaluer l'évolution des besoins et les interventions mises en œuvre.

L'axe 3 du PRS

- 2 zônes prioritaires:
  - Pays médocain
  - Pays basque.
- 2 modalités d'action:
  - Des formations de MG (PRS « alcool »)
  - Un investissement sur un an de 100 MG (Réseau Addictions Gironde – AGIR 33)

Pourquoi faire appel au MG? (1)

- Il est le pivot du système de soins
- 70% de la population française voit une fois dans l'année le médecin généraliste
- la consommation à risque et à problèmes d'alcool est avant-tout l'affaire des médecins généralistes

Pourquoi faire appel aux MG ? (2)

- 15 à 20% de vos patients sont en difficulté avec l'alcool soit 70 à 140 d'entre eux
- 5 à 10% de vos patients vont mourir de l'alcool, soit 25 à 70 d'entre eux
- Vous consacrez déjà une part importante de votre travail à la prévention secondaire: cholestérol, HTA…

Pourquoi faire appel aux MG ? (2)

- parler d'alcool ne peut prendre que quelques minutes
- l 'efficacité de leur intervention est démontrée : 25 à 40% des patients consommateurs à risque réduisent leur consommation de façon durable.

Pourquoi faire appel au MG (3)

- Les patients manifestent une confiance très élevée en leur médecin.
- Parler d'alcool avec leur médecin leur paraît légitime.
- Mais seulement 7% des patients ont parlé d'alcool avec leur médecin dans l'année.

Michaud et Coll. Alcool, Tabac, Drogue: le public fait confiance aux médecins. Rev. Prat. 2003; 17(621): 605-608

Que peuvent faire les MG ?

- **Repérer**
  - les alcoolo-dépendants
  - les personnes qui ont une consommation à risque ou nocive
- **Conseiller, soigner, orienter les alcoolodépendants**
- **Utiliser l'intervention brève pour:**
  - Eviter le passage à la dépendance
  - Réduire les risques
  - Réduire les dommages

Les mésusages d'alcool

Repérer

L'alcool peut jouer un rôle (1)

- Dans des affections physiques fréquentes :
  - Hypertension artérielle,
  - Fatigue,
  - Prise de poids,
  - Troubles digestifs,
  - Diabète

L'alcool peut jouer un rôle (2)

- Dans des affections psychiques fréquentes:
  - Anxiété,
  - dépression,
  - troubles du sommeil,
  - agressivité,
  - troubles sexuels

L'alcool peut jouer un rôle (3)

- Dans des situations environnementales:
  - Recours plus fréquent aux soins
  - Problèmes conjugaux, difficultés familiales
- Dans des situations socio-professionnelles:
  - Difficultés au travail

L'alcool peut jouer un rôle (4)

Dans d'autres situations fréquentes :

- **Association à une autre dépendance:**
  - **Tabac, cannabis…**
- **Accidents et traumatismes:**
  - **particulièrement si répétitifs**
- **Résultats biologiques perturbés**.

Mais aussi un repérage systématique

- Grâce à des scores validés
- A remplir seul par le patient (A.U.D.I.T.)
- Ou en répondant aux questions du médecin (F.A.C.E.)

Afin d'anticiper le stade nocif en repérant l'usage à risque

Repérage par les questionnaires

Impressions du groupe sur le questionnaire A.U.D.I.T.:

Repérage par les questionnaires

AUDIT : Interprétation

AUDIT

Alcohol
Use
Disorders
Identification
Test

- Hommes
  - < 7 : risque faible ou nul
  - 7 à 12 : mésusage sans dépendance
  - >12 : dépendance probable
- Femmes
  - < 6 : risque faible ou nul
  - 6 à 12 : mésusage sans dépendance
  - > 12 : dépendance probable

Repérage par les questionnaires

AUDIT : difficultés à l'utilisation en médecine générale

Questionnaire de salle d'attente :
comment avertir les patients qu'ils doivent remplir le questionnaire ? (affiche, secrétariat)

Questionnaire rempli par le patient:
compréhension, difficultés de lecture et d'interprétation

Repérage par les question-naires

F.A.C.E.

- *A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l 'alcool ?*
  Réponses :
  0 = « jamais »,
  1 = « une fois par mois ou moins »,
  2 = « 2 à 4 fois par mois »,
  3 = « 2 à 3 fois par semaine »,
  4 = « 4 fois ou plus par semaine »
- *Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?*
  Réponses :
  0 = « un ou deux »,
  1 = « trois ou quatre »,
  2 = « cinq ou six »,
  3 = « sept à neuf »,
  4 = « dix ou plus »
- *Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?*
- *Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme*
- *Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?*
- *Pour ces trois dernières questions : non = 0, ou oui = 4*

Repérage par les questionnaires: FACE

- Hommes
  - **< 5 : risque faible ou nul**
  - **5 à 8 : consommation à risque**
  - **>8 : dépendance probable**
- Femmes
  - **< 4 : risque faible ou nul**
  - **4 à 8 : consommation à risque**
  - **> 8 : dépendance probable**

Repérage par les questionnaires : FACE

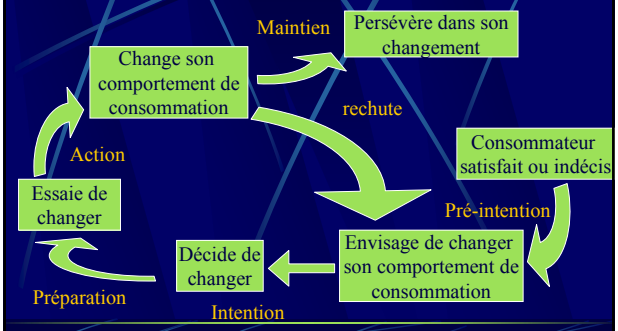
Pour le FACE comme pour l 'AUDIT, il existe donc deux diagnostics de référence :

- alcoolisation à risque ou nocive
- alcoolodépendance

Les mésusages d'alcool

Intervenir

Le processus de changement



L'intervention brève : principes

- ***Provoquer une prise de conscience***
- ***Inciter à un changement de comportement***
- ***Être suffisamment brève pour être utilisable***
- ***Être empathique, sans juger,***
- ***Respecter le choix du patient…***

Plan de l'intervention brève : (jeux de rôle)

- ***Restituer le test de repérage***
- ***Le risque alcool***
- ***Le verre standard***
- ***Intérêt de la réduction***
- ***Les méthodes pour réduire la consommation***
- ***Proposer des objectifs, laisser le choix***
- ***Donner la possibilité d'en reparler lors d'une prochaine consultation,***
- ***Remettre un livret ou un document écrit***

FRAMES

- **Feed-back**
  - **reprendre avec le patient :**
    - **sa consommation d'alcool (restitution du test de repérage: fréquence, quantité)**
    - **les seuils, les risques**
- **Responsabiliser**
  - **le changement de comportement appartient au patient (pas au thérapeute).**

FRAMES

- **Advice (conseil)**
  - Un conseil de modération est clairement donné au patient.
- **Menu**
  - Evoquer avec le patient les modifications possibles (quantité, rythme…).

FRAMES

- **Empathie**
  - **Non jugement, bienveillance**
- **Self-efficacy**
  - **Le patient est le maître d'oeuvre de son changement et est encouragé.**

Intervention brève:
A la fin de la consultation

Les objectifs doivent être résumés :

« est-ce que j 'ai bien résumé notre discussion ? »

« est-ce que vous avez envie de tenter cette démarche ? »

oui franc : on passe au livret « action », et à la proposition d 'accompagnement

non : « vous pouvez toujours revenir en parler, je serai là pour vous aider»

? *hésitation : approche motivationnelle (livret « information »)*

L 'intervention brève:
se rappeler…..

- Intervention conçue pour être délivrée en une seule fois…
- Ne pas « rater l 'occasion »
- Mais savoir percevoir les réticences et différer si besoin…à condition de ne pas « fuir la difficulté ».
- Repérer à nouveau la consommation dans un délai de 3 mois à un an.

Un projet Girondin et Aquitain

100 MG pour 10000 patients repérés

- 100 MG du Médoc et de Gironde.
- Un an pour repérer la consommation d'alcool de leurs patients.
- Un an pour intervenir sur leurs patients en danger avec l'alcool.

Une action novatrice

- Sur le plus grand territoire
- Sur la plus longue durée
- Financée par le fond d'amélioration de la qualité des soins en ville

Réseau AGIR 33

Former les médecins pour « parler d'alcool »

- Déjà 140 médecins généralistes formés en Gironde.
- Un projet de 300 médecins à former au Pays Basque

PRS « Alcool »

L'Aquitaine site pilote en France

Avec le soutien des médias

- Afin que le patient se prépare à parler d'alcool avec son médecin.
- Afin que le patient connaisse les seuils à risque et diminue sa consommation.
- Afin que les médecins s'investissent.

Pour éviter 1000 morts par an en Aquitaine
Pour préserver le plaisir de vivre

Annexe 3.2 : Outils de formation utilisés au Pays Basque

Repérage et interventions brèves auprès des buveurs excessifs non alcoolo-dépendants par les médecins généralistes du Pays Basque

PRS Alcool Aquitaine 2001-06

1

Le Programme Régional de Santé « Alcool » Aquitaine 2001 - 06

Financement - pilotage :
DRASS - URCAM - Conseil Régional Aquitaine
URMLA

Mise en oeuvre locale:
RESAPSUD, CCAA, CPAM Bayonne, Centre Hospitalier de la Côte Basque

Remerciements : Dr Michaud (BMCM) - Réseau AGIR 33

2

Un programme en 6 axes

But : réduire les dommages dus à une consommation à risque et/ou nocive d 'alcool

1. Agir sur les modes de consommation
2. Développer les démarches de prévention
3. **Réduire l'usage à risque par un repérage précoce des personnes en difficultés avec l 'alcool, suivi d'un conseil minimal**
4. Améliorer l'accès aux soins de qualité
5. Développer la compétence des intervenants professionnels et bénévoles
6. Mieux évaluer l'évolution des besoins et les interventions mises en œuvre

3

On ne parle pas d'alcoolo -dépendance…

- Au moins 3 des manifestations suivantes sur 1 an (CIM 10)
  - Désir puissant ou compulsif de consommer
  - Difficulté à contrôler l'utilisation
  - Syndrôme de sevrage à l'arrêt
  - Tolérance
  - Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts, augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets
  - Poursuite de la consommation malgré la survenue de manifestations nocives

= perte de liberté

On ne parle pas de prise en charge de l'alcoolo-dépendant…

- ***Objectifs***
  - **Abstinence totale, définitive...**
- ***Principes***
  - **Obtenir l'abstinence : sevrage**
  - **Maintenir l'abstinence : post-sevrage**
- ***Pluridisciplinaire, divers moyens...***
  - **Psychothérapies**
  - **Médicaments**
  - **Sociothérapie, mouvement d'anciens buveurs**

= Savoir orienter...

Qui sont les buveurs excessifs non alcoolo-dépendants ?

- Personnes ayant un usage d'alcool préjudiciable à leur santé :
  - **usage à risque : caractère latent des répercussions**
  - **usage nocif : caractère patent des répercussions**

  ↑ **ne remplissant pas les critères d 'alcoolo-dépendance**
- concerne 1/3 des hommes et 1/10 des femmes qui consultent un MG en Aquitaine (entre 16 et 55 ans)
- la moitié de la mortalité liée à l 'alcool les concerne

L ’usager à risque se définit :

- *Par rapport à des seuils de consommations (OMS)*

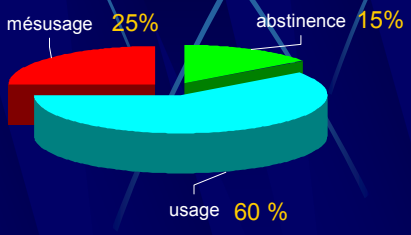
• 21 unités par semaine pour les hommes
• 14 unités par semaine pour les femmes
• Pas plus de 4 verres par occasion

- *Par rapport à des situations particulières*

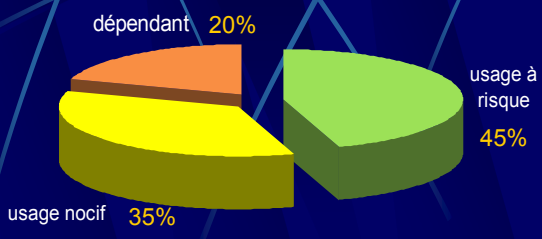
• Grossesse, enfance
• Conduite d’engins, vigilance nécessaire
• Pathologies particulières, médicaments, etc.

Rappel :
1 unité d ’alcool = 1 verre standard = 10 g d'alcool

Consommations d ’alcool



Mésusages d'alcool



Interventions brèves

- **Définition**
  - conseil standardisé et minimal de réduction de la consommation d 'alcool en cas de mésusage sans dépendance
- **Objectifs**
  - Réduire les risques / dommages
  - Eviter le passage à la dépendance
- **2 volets**
  - repérage
  - conseil

Pratique des IB en médecine générale

- **Le rôle central du MG dans le système de soins :**
  - **préventif**
  - **curatif,**
- **Les contacts fréquents avec les patients, dont 15 à 20 % d 'une clientèle sont en difficulté avec l 'alcool,**
- **L 'efficacité des IB démontrée sur la réduction des consommations,**

légitiment la pratique des interventions brèves par les MG

1) Modalités de repérage

- Par des signes d 'appel
- Systématique par la consommation déclarée d 'alcool (CDA)
- Systématique par des questionnaires :
  - AUDIT
  - DAME

Signes d 'appel vers un usage nocif

- **Somatiques : HTA, asthénie, prise de poids, troubles digestifs…**
- **Psychologiques : anxiété, dépression, agressivité, tr. du sommeil, sexuels…**
- **Socio-environnementaux : difficultés familiales, professionnelles…**
- **Accidents**
- **Autres addictions : tabac, cannabis…**

Questionnaires

AUDIT ***(Alcool Use Disorders Identification Test)***

- 10 items
- auto-questionnaire (salle attente) ou hétéro-questionnaire
- difficultés ?

FACE

- 5 items
- hétéro-questionnaire pour la médecine générale

Interprétation : selon cotation et sexe

- risque faible ou nul
- mésusage sans dépendance
- dépendance probable

AUDIT : Interprétation

- Hommes
  - < 7 : risque faible ou nul
  - 7 à 12 : mésusage sans dépendance
  - >12 : dépendance probable
- Femmes
  - < 6 : risque faible ou nul
  - 6 à 12 : mésusage sans dépendance
  - > 12 : dépendance probable

FACE : Interprétation

- Hommes
  - < 5 : risque faible ou nul
  - 5 à 8 : consommation à risque
  - >8 : dépendance probable
- Femmes
  - < 4 : risque faible ou nul
  - 4 à 8 : consommation à risque
  - > 8 : dépendance probable

2) Conseil au cours des IB

- Principe : la motivation est l 'élément clé du processus de changement (et non la contrainte)
- Conduite de l 'entretien motivationnel suivant le schéma « FRAMES » :
  - Feed-back
  - Responsability
  - Advice
  - Menu
  - Empathy
  - Self-efficacy

FRAMES

- **Feed-back : refaire le point**
  - consommation d'alcool (restitution du test de repérage)
  - seuils et risques
  - impact possible sur l 'état de santé
- **Responsabiliser**
  - le changement de comportement appartient au patient
- **Advice (*conseil*)**
  - un conseil clair de modération est donné au patient

FRAMES (suite)

- **Menu**
  - évoquer les modifications possibles de consommation et laisser le choix
- **Empathie**
  - attitude positive et bienveillance
- **Self-efficacy**
  - encouragement au patient sur ses capacités opératoires

Fin de l 'intervention brève

- Remettre les livrets CFES :
  - « Pour faire le point », dont le journal de bord (noter les consommations)
  - « Pour réduire sa consommation » (conseils)
- Donner la possibilité d'en reparler lors d'une prochaine consultation en cas de réticence

Conclusion

Le simple repérage, même sans intervention brêve peut être efficace : parler alcool…

et tabac !

Annexe 3.3 : Outils de formation utilisés en Bourgogne

IRepérage et intervention brève auprès des patients ayant des problèmes avec l'alcool et le tabac

Consommation de substances psycho-actives
Trois grands types de comportement

L'usage
- consommation socialement réglée
- consommation à risque
  risque sur le long terme
  risque dans certaines circonstances

L'usage nocif ou l'abus
- les dommages peuvent être liés aux substances utilisées
  aux modalités de consommation
  aux comorbidités

La dépendance (Reynaud et Parquet)

Fréquence de patients à problème avec l'alcool en médecine général

- Trois enquêtes françaises en médecine générale (Huas et coll, 1993, 137 généralistes de 7 régions, 1956 patients adultes ayant consulté un jour donné, totalité des consultants)

- Plusieurs autres enquêtes françaises et étrangères concordantes
En moyenne en France, chez les patients de médecine générale, présence d'un risque ou d'une maladie liée à l'alcool, bien que ne consultant pas pour cela :

20% de l'ensemble des consultants
30 % chez les hommes
11 % chez les femmes

Quels types de patients rencontrés ?

Comment se répartissent les 18,4% de l'enquête de Huas?

5,6% de consommateurs à risque
4% de consommateurs excessifs
6 ,3°/a d'alcoolo-dépendants
12,8% chez les hommes
2,2% chez les femmes

2,5% d'abstinents de seconde intention

Fréquence de patients à problème avec l'alcool :
population générale

Baromètre santé 1993-94 (questionnaire avec test DETA):
8,7% de personnes « à problèmes » (3,3 millions de Français)
14,4% des hommes, 3,2% des femmes

Haut Comité de la santé publique
5 millions de personnes exposées
dont 2 millions d'alcoolodépendants

Evolution de la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis en France chez les adultesTabac :

En France, depuis 1953 fumeurs quotidiens passés de
72 °/a à 40% chez les hommes
17% à 30% chez les femmes

En Ile de France, en 2000, fumeurs quotidiens entre 40 et 75 ans,
hommes 25%, femmes 17% entre 18 et 39 ans
hommes 35%, femmes 31%
Alcool :
Evolution de la consommation entre 1991 et 2000
consommation quotidienne passée de 38 à 21%,
ivresses répétées stables(4%)
situations à risque de dépendance stables
hommes : 14% femmes : 4%
Cannabis :
Evolution de 1992 à 2000 (adultes de 18 à 75 ans)
expérimentateurs passés de 11% à 21%
consommateurs passés de 4% à 7%
Mais, sur les courbes, les taux s'effondrent après 35 ans. Qu'en sera-t-il dans 10 ans ?

Evolution de la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis en France chez les jeunes

Tabac : progression surtout chez les filles
Expérimentation
18%à12ans
54%à15ans
83% à 18 ans
Consommation quotidienne en progression sur 10 ans
entre 12 et 17 ans, filles : 27% garçons : 21%)
à 18-20 ans, égalité autour de 40%

Alcool
Expérimentation :
12 ans, 50% des garçons, 39%des filles
14 ans 80%
Consommation hebdomadaire
18-19 ans, 46% des garçons, 28% des filles, surtout bière Ivresses :
12-14 ans, 3%
18-19 ans, 54%
3 ivresses ou ± dans l'année,
garçons : 22%, filles : 10%

Cannabis

Expérimentation
15-19 ans (lycées parisiens)
19% en 1983, 23% en 1991, 43% en 1998,
age moyen d'initiation : 15 ans (garçons et fille)
Consommation
10 fois dans l'année entre 1993 à 1999,
garçons passé de 11 à 29%,
filles passé de 3 à 14%,
10 fois/mois en 2001,
garçons : 20%,
filles : 7%
Non consommateurs
garçons : 50%,
filles : 62%
Autres drogues illicites
lycées parisiens, évolution de 1983 à 1998
héroïne de 1% à 0,2%,
olvants de 0,9% à 4%,
crack, de 0,2% à 1,5%,
ecstasy, de 0,1% à 3

Polyconsommation

Enquête CFES 97-98, jeunes 15-19 ans
Expérimentation :
aucun produit : 9°/o ;
un seul produit : alcool : 88% ; tabac : 64°/a cannabis aucun
alcool + tabac : 36%,
alcool + tabac + cannabis : 25%
Consommation régulière
aucune : 48% ;
un seul produit alcool : 33% ; tabac :33% ; cannabis 13%
2 produits 16% ;
3 produits : 10%
Polyconsommation
2,4% à 15 ans, 21% à 19 ans
autant garçons que filles (sauf pour cannabis)

Facteurs de la consommation de psychoactifs chez les jeunes en France

Enquêtes INSERM, INSEE, CFES, ORS Ile de France

- Polyconsommations fortement associées aux autres conduites à risque, violence, accidents de motos, comportements alimentaires et sexuels perturbés
- Influences socio-familiales : usage familial du tabac et de l'alcool
- Perception des risques

tabac : peu d'informations ;
risque sousestimé chez les fumeurs vs non fumeurs
alcool : sont connus
les seuils de consommation,
le risque pour les accidents de la route,
le risque de cirrhose et de dépendance,
mais pas le risque de cancer
cannabis : consommation approuvée par
1,2% des non consommateurs
32% des consommateurs occasionnels
66% des consommateurs > 10/mois
cannabis : risque reconnus :
77% un risque pour la scolarité,
73% un risque pour la santé,
65% un risque de dépendance

Les adolescents et la consommation de psychoactifs

Enquête Lycoll : 4000 jeunes de 14 à 17 ans scolarisés en classes de troisième et seconde en Charente Maritime.

- Croissance progressive des abstinents aux consommateurs de tabac et à ceux qui ajoutent du cannabis, pour les difficultés familiales (parents séparés, sentiment d'une vie de famille désagréable; confiance vis à vis du père ou de la mère) l'acceptation de transgresser les interdits, les relations à deux privilégiées, les rapports sexuels, l'impulsivité la fragilité émotionnelle et les TS surtout chez les filles

- Par contre les sentiments d'ennui, de solitude ou à l'inverse d'intégration au groupe ne semblent pas liés aux consommations

- Ainsi, en dehors du débat sur la nocivité intrinsèque du cannabis, les adolescents consommateurs ont des comportements et des vécus plus problématiques que les fumeurs exclusifs de tabac

- Mais aussi, plusieurs études ont montré que les adolescents ayant des conduites à risque consultent plus facilement le généraliste que les autres.

Repérage et intervention brève auprès des patients ayant des problèmes avec l'alcool et le tabac

Les situations pour un repérage
- Des signes non spécifiques pouvant être en relation avec consommation excessive d'alcool
  troubles du sommeil
  troubles de l'humeur, anxiété, dépression
  troubles digestifs batards
  prise de poids accidents et blessures
  HTA
  perturbations familiales ou professionnelles

- Des situations particulières
  grossesse
  certificat de sport

Les freins au dialogue en matière d'alcool

Chez le médecin :
- crainte d'être intrusif, de choquer ou blesser le patient
- manque de temps
- doutes sur l'utilité,
- manque de réponses au problème,
- manque de formation
- doutes sur la pertinence des seuils
- relation personnelle avec l'alcool mal définie

Chez le patient :
- mise à distance du risque
- sous estimation de sa consommation
- dénégation

Le public face au médecin en matière d'alcool

Sondage téléphonique, 400 personnes (R Prat MG, 2003, 611)

- messages de prévention assez bien passés, mais surestimation des seuils nocifs -
- assimilation à une drogue : 91% pour le cannabis, 88% pour le tabac 84°/a pour l'alcool
- abord par le médecin de ces problèmes au cours des les derniers mois :
tabac, 26%, alcool, 7°/o drogues, 4%
- légitimité du généraliste dans ce domaine tabac, 90°/o alcool, 88% drogues, 85%
- niveau d'information du généraliste dans ce domaine alcool, 90% tabac, 90% drogue, 74%

Les outils du repérage

Questionnaire FACE
- A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?
  - 0 : «jamais »
  - 1 : « une fois par mois ou moins » 2 : « 2 à 4 fois par mois »
  - 3 : « 2 à 3 fois par semaine »
  - 4 : « 4 fois ou plus par semaine »
- Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?
  - 0 = « un ou deux »
  - 1= « trois ou quatre »
  - 2 = « cinq ou six »
  - 3 = « sept à neuf »
  - 4 = «dix ou plus »

Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation ?
Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?
Pour ces trois dernières questions : non=0, oui--4

Les outils du repérage

Questionnaire FACE
Cotation
Les deux premières questions portent sur les 12 derniers mois, les trois suivantes sur la vie entière.
Chaque question est cotée de 0 à 4
On additionne le total des réponses

Hommes :
- score inférieur à 5 : risque faible ou nul
- score 5 à 8 : consommation excessive probable
- score supérieur à 8 : dépendance probable

Femmes
- score inférieur à 4 : risque faible ou nul
- score 4 à 8 : consommation excessive probable
- score supérieur à 8 : dépendance probable

Les outils du repérage

*Le questionnaire AUDIT, en dix questions
*Le questionnaire CAGE (DETA en français)'
- avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ?
- votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?
- avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
- avez vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Deux réponses positives ou plus font suspecter un problème d'alcool Mais surtout centré sur la dépendance
*La place de la biologie
- association GGT+VGM le plus utilisé, reflet de la consommation et non de la dépendance. Sensibilité et spécificité de l'ordre de SO% pour la dépendance
- la CDT : pas de preuves d'une efficacité supérieure
- surtout risque de fausse rassurance en cas de résultat normal

Les outils du repérage
Questionnaire FACE
Utilisation

Le test sert à ouvrir le dialogue
Le test n'a pas de valeur indiscutable
Mais il permet de partir de « l'interprétation courante » de la valeur du score
Il permet aussi de percevoir les attitudes générales du patient à l'égard du « sujet alcool » .., et du « sujet médecin »
Une réticence importante peut être le signe d'une perte de contrôle voir l'approche motivationnelle

L'intervention brève
L'approche motivationnelle
Les étapes d'un processus de changement (Prochaska)

Indifférence : absence d'envie de changer: manque de prise de conscience, déni, manque d'information, manque de confiance en soi, culpabilité, sentiment d'impuissance
Observation : ambivalence entre envie de changer et force des habitudes
Préparation : décision prise, recherche d'information
Action : mise en place des stratégies de changement, période longue, nécessitant un investissement important
Maintien : il s'agit d'éviter les rechutes ; effort nécessaire moins important Résolution : il n'y a plus de tentation de revenir au comportement antérieur Mais toujours possibilité de retour en arrière (rechute ou récidive)

L'intervention brève. Les fondements

- La problématique alcool ne se résume pas aux dépendances pathologiques et aux pathologies « alcooliques »
- Les seuils de risque sont pour les hommes de trois verres par jour et pour les femmes de deux verres par jour
- L'objectif est d'identifier avec le patient les risques attachés à la consommation d'alcool
- Une intervention brève est réalisable dans le cadre d'une consultation normale
- 30 à 50% des « buveurs à risque » diminuent leur consommation après une intervention brève
- deux étapes
    - évaluer, avec les patients, leur consommation
    - agir en fonction du niveau de risque repéré
        encourager les consommateurs à faible risque
        conseiller, accompagner les consommateurs à risque ;
        c'est le domaine de l'intervention brève
        conseiller, orienter, accompagner les alcoolodépendants

L'intervention brève. Principes

- Elle a pour objet de provoquer chez les patients qui y sont prêts un changement dans la consommation d'alcool.
- Elle cherche à être suffisamment brève pour être systématisable
- Elle respecte les grands principes de l'intervention alcoologique : Empathie, absence de jugement respect du choix du patient .
- Elle suit un plan simple :
    évaluation et quantification du risque personnel
    le risque alcool
    le verre standard l'intérêt de la réduction
    les méthodes pour réduire sa consommation proposer des objectifs, laisser le choix
    donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation éventuellement remettre un document écrit
- Quelques éléments complémentaires :
    intervention conçue pour être réalisée en une fois
    ne pas rater l'occasion
    savoir percevoir les réticences et différer si besoin
    à condition de ne pas fuir la difficulté

L'intervention brève. La présentation du risque alcool

Le présenter en fonction des représentations
- ne pas confondre risque alcool et alcoolisme
- insister sur la « normalité » sociale de la consommation à risque
- et sur la notion de risque inconscient
- les repères de consommation (3 verres et deux verres) sont la base du message
- les études montrent que boire plus diminue l'espérance de vie
- ne pas hésiter à aborder les données sur les bienfaits du vin et des boissons alcoolisées
- développer le concept du verre standard
- exercice possible grâce au journal de bord

L'intervention brève. Le risque alcool, abord quantitatif

- 5 fois plus de mortalité due à l'alcool chez l'homme
- entre 45 et 54 ans, 18% des décès sont liés à l'alcool chez l'homme, 10% chez la femme
- entre 45 et 64 ans, 20 à 25% des décès masculins sont liés à l'alcool
- augmentation de la mortalité globale dès 20gr chez la femme, 30 gr chez l'homme

L'intérêt de la réduction sur le plan individuel
Suggérer une liste de bénéfices et demander l'avis du patient

L'intervention brève. Les conseils

Comment réduire sa consommation
réduire la fréquence
réduire l'intensité
changer d'habitudes
repérer les circonstances où l'on boit le plus
définir des conduites de rechange
se donner des points de repère
éventuellement journal de bord

Proposer des objectifs
pour revenir à une consommation non dangereuse
afin d'obtenir les bénéfices x ou y que nous avons évoqué
nous avons vu que vous pourriez utiliser telle ou telle tactique
pour arriver au seuil des 2 (3) verres

Laisser le choix
est-ce que j'ai bien résumé notre discussion ?
est-ce que vous avez envie de tenter cette démarche ?
oui franc : on passe au livret « action » et à la proposition d'accompagnement
non : « vous pouvez toujours revenir en parler »
hésitation : approche motivationnelle (livret « information »)

Les recommandations du CFES

Pas d'alcool pendant la grossesse
Pour les hommes pas plus de 21 verres par semaine
Pour les femmes pas plus de 14 verres par semaine
Pas plus de 4 verres par occasion
Pas d'alcool dans l'enfance
Pas d'alcool si ...
- maladie chronique
- traitement
- responsabilité nécessitant une parfaite vigilance
- conduite d'une machine

Au moins un jour par semaine sans boisson alcoolisée

Annexe 3.4 : Outils de formation utilisés en Champagne Ardenne

Dilemme

- N'importe quel professionnel peut faire du repérage des consommations d'alcool à risque ou nocives et intervenir dans un but de prévention
- Faire de la prévention et de l'intervention en matière d'alcoologie relève des spécialistes

Reims

Évaluer la consommation

- Une unité de boisson **au bistro :** 10 g d 'alcool pur

- **A la maison :** deux unités de boisson ? plus ?
- **Savoir convertir les bouteilles en verres ou en grammes**

Reims

Niveaux de risque et attitude conseillée

Niveau de risque	Seuil hommes	Seuil femmes	Réponses	
Bas	< 210 g/sem	< 140 g/sem	Prévention primaire :	Education pour la santé
Consommation à risque	>= 210 g/sem	>= 140 g/sem	Prévention secondaire :	Repérage, intervention brève, suivi.
Consommation à problème	Présence de troubles relatifs à l'alcool		± soins :	(soins des troubles)
Alcoodépendance	Repérage à l'aide du DSM IV ou des questionnaires		Traitement spécialisé :	Repérage, évaluation proposition de soin, motivation, éventuelle orientation, suivi.

Reims

Objectifs de l'OMS (1)

- prévention secondaire :
  - repérer le facteur de risque « consommation dangereuse d 'alcool » comme on repère l 'HTA ou l 'hypercholestérolémie
- eu égard au caractère massif de ce facteur de risque, en confier le repérage et le « traitement » aux acteurs du soins primaires :
  - en France, médecine générale, médecine du travail, centre d 'examens de santé de l'assurance maladie

Objectifs de l'OMS (2)

- Donner les moyens du repérage
  - CDA et AUDIT
- Donner les moyens de la prise en charge :
  - Montrer que les « interventions brèves » permettent la réduction de la consommation chez les buveurs excessifs
- Donner les moyens de convaincre les professionnels du soin primaire de l 'utilité et de la faisabilité d'une nouvelle pratique
  - Étude des obstacles à la diffusion et des moyens permettant de les surmonter

L 'intervention brève : principes

- *Objectif: provoquer chez les patients qui y sont prêts un changement dans leur consommation d'alcool*
- *Suffisamment brève pour être systématisable*
- *Respect de « grands principes » : empathie, absence de jugement, respect du choix du patient…*
- *Simple dans son déroulement*

L'intervention brève : plan

- *Restitution du test de repérage*
- *Le risque alcool*
- *Le verre standard*
- *Intérêt de la réduction*
- *Méthodes utilisables pour réduire sa consommation*
- *Proposer des objectifs, laisser le choix*
- *Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation,*
- *Remettre le livret*
- *Check-list*

Restitution du test de repérage

- *Le test sert à « ouvrir le dialogue »*
- *Le test n'a pas de valeur indiscutable*
- *Il permet de partir de « l'interprétation courante » de la valeur du score*
- *Il permet de percevoir également les attitudes générales du patient à l'égard de l'alcool …et du médecin*
- *Une réticence importante peut être le signe d'une perte de contrôle : voir l'approche motivationnelle*

L'intervention brève

- *Restitution du test de repérage*
- ***Le risque alcool***
- *Le verre standard*
- *L'intérêt de la réduction*
- *Méthodes utilisables pour réduire sa consommation*
- *Proposer des objectifs, laisser le choix*
- *Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation,*
- *Remettre le livret*
- *Check-list*

Le risque alcool

- *Identifié en général avec l'« alcoolisme »*
- *Insister sur la « normalité » sociale de la consommation à risque*
- *Insister sur la notion de risque inconscient*
- *Les repères de consommation (deux verres et trois verres) sont la base du message*
- *« Les études montrent que boire plus diminue l 'espérance de vie »*
- *Cf. tension artérielle, cholestérol...*

L'intervention brève

- *Restitution du test de repérage*
- *Le risque alcool*
- ***Le verre standard***
- *L'intérêt de la réduction*
- *Méthodes utilisables pour réduire sa consommation*
- *Proposer des objectifs, laisser le choix*
- *Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation,*
- *Remettre le livret*
- *Check-list*

Le verre standard

- *Le verre standard (« unité alcool ») est un concept simple*
- *Mais la plus grande part des patients a une consommation domestique : savoir convertir par contenu des emballages*
- *Importance d'un support visuel*

- *Exercice possible grâce au journal de bord*

L'intervention brève

- Restitution du test de repérage
- Le risque alcool
- Le verre standard
- **L'intérêt de la réduction**
- Méthodes utilisables pour réduire sa consommation
- Proposer des objectifs, laisser le choix
- Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation,
- Remettre le livret
- Check-list

L'intérêt de la réduction

- L'intérêt est cette fois justifié sur le plan individuel et non par des données statistiques
- A rapprocher des éventuels dommages ressentis (buveurs à problèmes)
- Suggérer une liste de bénéfices, et demander l'avis du patient
- « Qu 'en pensez-vous : ce que nous venons de nous dire vous donne-t-il le désir d 'entreprendre une démarche de réduction ? »

L'intervention brève

- Restitution du test de repérage
- Le risque alcool
- Le verre standard
- L'intérêt de la réduction
- **Méthodes utilisables pour réduire sa consommation**
- Proposer des objectifs, laisser le choix
- Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation,
- Remettre le livret
- Check-list

Méthodes utilisables pour réduire sa consommation

- Réduire la fréquence
- Réduire l'intensité
- Changer d'habitudes

- Repérer les circonstances où l'on boit le plus
- Définir des conduites de rechange
- Se donner des points de repère

- Importance du journal de bord

L'intervention brève

- Restitution du test de repérage
- Le risque alcool
- Le verre standard
- L'intérêt de la réduction
- Méthodes utilisables pour réduire sa consommation
- **Proposer des objectifs, laisser le choix**
- Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation,
- Remettre le livret
- Check-list

Proposer des objectifs, laisser le choix

- Les objectifs doivent être résumés :
  - Revenir à une consommation non dangereuse,
  - Obtenir les bénéfices x ou y évoqués ensemble,
  - Utiliser telle ou telle tactique pour passer en-dessous du seuil de 3 (2) verres
- « est-ce que j 'ai bien résumé notre discussion ? »
- « est-ce que vous avez envie de tenter cette démarche ? »
  - oui franc : on passe au livret « action », et à la proposition d 'accompagnement
  - non : « vous pouvez toujours revenir en parler »
  - hésitation : approche motivationnelle (livret « information »)

L'intervention brève

- Restitution du test de repérage
- Le risque alcool
- Le verre standard
- L'intérêt de la réduction
- Méthodes utilisables pour réduire sa consommation
- Proposer des objectifs, laisser le choix
- **Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation**
- Remettre le livret
- Check-list

Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation

- Une intervention brève minimaliste peut se dérouler sur un seul entretien
  - Mais il est utile de donner la possibilité de se revoir
  - Cela est un signal d'intérêt pour la démarche
  - Et cela permet de réévaluer le niveau de dépendance
- Avec quel délai ?
  - Selon possibilité
  - Selon disponibilité du patient
  - Selon la dynamique de l 'intervention
- Optimum : 2 mois, et un an

L'intervention brève

- Restitution du test de repérage
- Le risque alcool
- Le verre standard
- L'intérêt de la réduction
- Méthodes utilisables pour réduire sa consommation
- Proposer des objectifs, laisser le choix
- Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation
- **Remettre le livret**
- Check-list

Remettre le livret

- *L'outil d 'intervention proposé est une réalisation conjointe CFES-BMCM*
- *Il a été conçu pour les médecins généralistes*
- *Il peut cependant être utilisé par d'autres acteurs de santé*
- *Il reprend l 'ensemble des données orales… même celles qu 'on a oubliées*
- *Et le journal de bord*

L 'intervention brève « élémentaire » : le livret patient

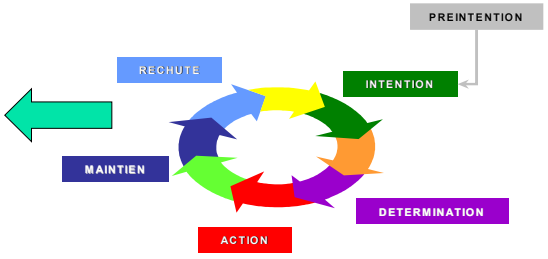
- *Dans la méthode proposée, on utilise un des deux livrets CFES (réduire sa consommation)…*
- *… Mais il n'est pas interdit d'utiliser les deux*

Se rappeler :

- *Intervention conçue pour être délivrée en une seul fois…*
- *Ne pas « rater l 'occasion »*
- *Mais savoir percevoir les réticences et différer si besoin…*
- *à condition de ne pas « fuir la difficulté »*

Les étapes d 'un processus de changement

Modèle de Prochaska et DiClemente



L 'intervention brève peut être efficace

Elle doit respecter pour cela quelques critères simples :

- *1) s 'adresser aux patients non dépendants ou présentant un faible niveau de dépendance*
- *2) utiliser un cadre général, un canevas simple, et l 'on recommande de se rappeler l 'acronyme FRAMES (« cadres »)*

F RAMES

- ***F****eed-back*
- *restitution au patient de l 'information relative à la fréquence et à la quantité de sa consommation d 'alcool*

F **R** AMES

- ***R****esponsability*
- *La responsabilité du changement de comportement appartient exclusivement au patient, et notamment pas au thérapeute*

FR **A** MES

- ***A****dvice*
- *Un conseil de modération est clairement donné au patient*

FRA **M** ES

- ***M****enu*
- *Un choix ou menu offrant différentes options relatives à la quantité, au délai et au rythme de la consommation d 'alcool est donné au patient*

FRAM **E** S

- ***E****mpathy*
- *Le thérapeute fait preuve d 'empathie, il évite la condescendance, les jugements de valeur et valorise les efforts et les acquis du patient*

FRAME **S**

- ***S**elf-efficacy*
- *Le patient est le chef d 'orchestre de son traitement, dont le succès lui revient entièrement*

AUDIT : Interprétation

AUDIT

Alcohol Use Disorders Identification Test

- *Chaque question est cotée de 0 à 4*
- *On effectue le total des réponses (0-40)*
- *Hommes*
  - *score inférieur à 7 : risque faible ou nul*
  - *scores 7 à 12 : consommation excessive*
  - *score supérieur à 12 : dépendance*
- *Femmes*
  - *score inférieur à 6 : risque faible ou nul*
  - *scores 6 à 12 : consommation excessive*
  - *score supérieur à 12 : dépendance*

L 'AUDIT : alcohol use disorders identification test

- *Pour l 'AUDIT, il existe donc deux diagnostics de référence*
  - *alcoolisation à risque*
  - *alcoolodépendance*
- *Son objectif est d'« isoler » les consommateurs excessifs (à risque ou à problèmes)*
- *Il a des qualités informationnelles très acceptables pour ces deux diagnostics (étude DAME):*
  - *Consommation excessive (hommes : seuil 7)*
    se 76,9 % ; sp 84,8 %, VPP 53,6 %, VPN 94,2 %
  - *Consommation excessive (femmes : seuil 6)*
    se 62,5 % ; sp 94,7 %, VPP 55,6 %, VPN 96 %
  - *Abus ou dépendance (seuil 12)*
    se 68,6 % ; sp 98 %, VPP 70,6 %, VPN 97,8 %

AUDIT : *difficultés à l 'utilisation en médecine générale*

- *Autoquestionnaire salle d'attente : comment avertir les patients qu'ils doivent remplir le questionnaire ? (secrétariat)*
- *Autoquestionnaire : compréhension, difficultés de lecture et d 'interprétation.*
- *Outil adapté pour le repérage des buveurs excessifs en situation où le patient peut être assisté ou guidé*
  (Consultations hospitalières, services d 'hospitalisation, cabinets de groupe, centres de santé, centres d 'examen de santé de l 'AM, médecine du travail…)
- *Outil difficile à utiliser en cabinet solo sans secrétaire présente ?*

DAME

Dépistage Au Moyen d'un Entretien

- ***A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l 'alcool ?***
  Réponses :
  0 = « jamais »,
  1 = « une fois par mois ou moins »,
  2 = « 2 à 4 fois par mois »,
  3 = « 2 à 3 fois par semaine »,
  4 = « 4 fois ou plus par semaine »
- ***Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?***
  Réponses :
  0 = « un ou deux »,
  1 = « trois ou quatre »,
  2 = « cinq ou six »,
  3 = « sept à neuf »,
  4 = « dix ou plus »
- ***Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?***
- ***Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme***
- ***Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?***
- ***Pour ces trois dernières questions : non = 0, ou oui = 4***

DAME : Interprétation

DAME

Dépistage Au Moyen d'un Entretien

- *Chaque question est cotée de 0 à 4*
- *On effectue le total des réponses (0-20)*
- *Hommes*
  - *score inférieur à 5 : risque faible ou nul*
  - *scores 5 à 8 : consommation excessive*
  - *score supérieur à 8 : dépendance*
- *Femmes*
  - *score inférieur à 4 : risque faible ou nul*
  - *scores 4 à 8 : consommation excessive*
  - *score supérieur à 8 : dépendance*

Annexe 3.5 : Outils de formation utilisés en Ile de France

Repérage et intervention brève auprès des buveurs excessifs en médecine générale

- ***Julie Abesdris, Anne-Violaine Dewost, Patrick Fouilland, Philippe Michaud, Stella de Rohan, (votre nom ici)***
- *Programme « Boire moins c'est mieux »*
- *Equipe de recherche française du programme de l'Organisation Mondiale de la Santé*

Organismes soutenant le programme *Boire moins c'est mieux*

C'est l'**ANPA** qui porte le projet

- L' **INPES**, (CFES) communication grand public et MG/MW, expérience des outils d'intervention
- l'**ORS** Île-de-France: méthodologie des études de démonstration, et connaissance du terrain régional
- L'**UNAFORMEC**
- L'**Assurance-maladie** (CNAM et CRAMIF, et URCAM)
- La **MILDT**
- La **SFA** (Société française d'alcoologie)
- Le **Conseil régional** d'Ile-de-France
- La **Ligue nationale contre le cancer**
- L'**URML** contact avec le monde de la médecine générale
- **Les alliances locales**
  - DDASS, médecins de santé publique des villes concernées par les études
  - A Saint-Quentin-en-Yvelines, le médecin de Santé publique du Syndicat d'agglomération nouvelle

Avec le soutien du laboratoire Merck

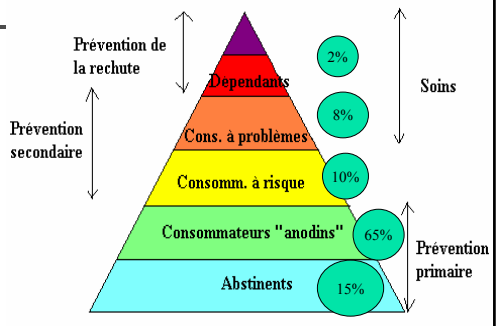
Intentions de la séance…

- Au terme de ces deux heures, chacun des médecins ici présent devrait pouvoir
  - décider en connaissance de cause de l'intérêt pour sa pratique,
  - être en capacité de pratiquer repérage et intervention brève
- C'est pourquoi l'accent sera mis
  - sur la pratique, l'entraînement et les réponses aux questions,
  - quitte à prendre le risque d'être plus succincts sur la théorie et les références (qui sont à votre disposition).

Programme soirée

- **Enjeux de santé publique**
- Le programme OMS et sa déclinaison en France
- Questionnaire FACE
- 1ère réponses aux questions
- Exposé repérage précoce
- Entraînement
- Exposé Intervention brève
- Entraînement
- 2es réponses aux questions

Le risque alcool



Qu'est-ce qu'un ***buveur excessif*** ?

- Une personne qui se met en danger par sa consommation d'alcool, sans être actuellement alcoolodépendante :
  - pas de répercussion actuelle : buveur à risque
  - répercussion actuelle : consommateur à problème
- Le risque est une notion statistique, liée à des études de populations : attention à son usage à l 'échelle de l'individu
- Le problème est par contre strictement individuel

Intervenir précocement Modifier les représentations

- La problématique alcool ne se résume pas aux dépendances pathologiques et aux pathologies « alcooliques ».
- Les « seuils de risque » sont pour les hommes de trois verres par jour et pour les femmes de deux verres par jour.
- L'objectif est de gérer les risques attachés à la consommation d'alcool.
- 30% à 50% des « buveurs à risque » diminuent leur consommation après une intervention brève.

La place de l'alcool dans la santé publique 1

- Français parmi les premiers consommateurs d'Europe (11,7 l/hab./an).
- La mortalité liée à l'alcool estimée à 45 000 décès/an
- 2nde cause de mortalité évitable,
- 1ère en nombre d'années de vie perdues
- 1,5 à 2 millions d'alcoolo dépendants
- 1/4 de la mortalité liée à l 'alcool concerne des non-dépendants.
- 3 à 5 millions de personnes sont en danger avec l 'alcool

La place de l'alcool dans la santé publique 2

- La consommation excessive d'alcool concerne :
  - 1/4 de la clientèle masculine des MG français, 1/10 de la clientèle féminine
  - 1/4 des hospitalisés,
  - 1/4 des passages aux urgences
- Un tiers des morts sur la route
- La moitié du coût social des drogues

Mortalité attribuable à l'alcool

Diagnostic	Décès/an : H	Décès/an : F	Total
Cancers	14 000	2 000	16 000
Affections digestives	6 000	2 200	8 200
Maladies cardio-vasculaires	7 000	600	7 600
Accidents et traumatismes	6 000	1 100	7 100
Troubles mentaux	2 000	500	2 500
Maladies respiratoires	1 000	100	1 100
Divers	2 000	500	2 500
Total	38 000	7 000	45 000

Source : Institut Gustave Roussy/ 1995

Programme OMS en quatre phases

- **Phase I :** mise au point de l'AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) à partir de 1982.
- **Phase II :** Etude randomisée contrôlée internationale de l'efficacité de l'intervention brève
- **Phase III :** Elaboration des conditions de la diffusion nationale des du repérage et de l'intervention brève (RPIB) dans les ***établissements de soins primaires***
- **Phase IV :** Diffusion nationale de la pratique du RPIB.

La Phase IV en France

- **Adaptation des outils**
  - Validation de l'AUDIT en français en collaboration avec les équipes de Genève et Lausanne
  - Elaboration et validation d'un outil de repérage en cinq questions (questionnaire FACE), Thèse de Sonia Arfaoui.
  - Outil d'intervention réalisé avec le INPES ex-CFES (livrets).
- **Etudes de démonstration**
  - Comparaison de l'acceptabilité de trois méthodes de REPérage des buveurs EXcessifs en médecine générale. Anne-Violaine Dewost
  - Promotion du repérage systématique et de l'intervention brève en médecine générale; **c'est ce qui nous réunit ce soir !**

Promotion du RPIB en médecine générale

- **Tous les patients sont susceptibles de bénéficier de l'évaluation de leur consommation d'alcool.**
  Les médecins disposent pour cela d'un outil valide pour les adultes : le questionnaire FACE.
- **Ceux des patients qui ont été repérés comme « à risque » ou « à problème » peuvent bénéficier d'une intervention brève (IB).**
- **La soirée doit nous familiariser avec ces outils.**
- **Sans attendre je vous propose le premier exercice : répondre au questionnaire FACE.**

Pourquoi faire appel aux médecins généralistes

- Modifier les données de santé publique en matière d'alcool nécessite d'atteindre « tout le monde »

- 80 % des français voient une fois dans l'année le médecin généraliste
- Grande fidélité des patients
- Attente des patients quant à leur médecin (voir résultats du sondage)
- La consommation excessive d'alcool ne peut être l'affaire des seuls spécialistes
- Les médecins généralistes trouvent normal d'intégrer de la prévention y compris primaire dans leur activité
- Ils consacrent déjà une part importante de leur travail à la prévention secondaire : cholestérol, HTA…
- Ils ont la légitimité pour le faire (mais en doutent en matière d 'alcool)

Avantages et inconvénients des différents modes de repérage

	avantages	inconvénients
clinique	• Conforme aux habitudes • Peut laisser l'initiative au patient	• troubles tardifs • Symptômes peu spécifiques
biologie	• Conforme aux habitudes • Ne dépend pas du discours du patient	• Troubles tardifs • Très grande variabilité personnelle • Coût
question naires	• Sensibles très précocement • Faible coût • Influencent les personnes qui les remplissent	• Pas dans les habitudes • Nécessitent de l'organisation • Répétitivité

Aborder la question de l'alcool

- Il y a bien deux approches
  - L'une « opportuniste », à l'occasion d'un signe d'appel, d'une perche tendue par le patient.
  - L'autre « systématique »
- Ce que nous vous proposons, c'est de tester dans la pratique quotidienne l'approche par questionnaire
- Mais, quelle que soit l'approche, il y a quelques constantes pour aborder la question alcool…

Les freins au dialogue

Chez le médecin :

- ***Crainte d'être intrusif***
- ***Crainte de choquer le patient***
- ***Manque de réponses***
- ***Manque de temps***
- ***Changement d'habitude***

Chez le patient :

- ***Mise à distance du risque***
- ***Sous-estimation de sa consommation***
- ***Dénégation***

Que peuvent faire les médecins généralistes ?

- Evaluer, avec les patients, leur consommation
  - Repérage des consommations à risque
    - Approche « opportuniste » → à l'occasion d'un trouble évocateur
    - Approche « systématique »→ à l'aide d'un questionnaire
- Agir en fonction du niveau de risque repéré
  - Encourager ceux qui ont une consommation à faible risque
  - Conseiller, accompagner ceux qui ont une consommation dangereuse (les buveurs excessifs). C'est le domaine de l'intervention brève.
  - Conseiller, orienter, accompagner ceux qui sont devenus alcoolo-dépendants.

FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation

- **A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l 'alcool ?**
  - *0 = « jamais »,* *1 = « une fois par mois ou moins »,*
  - *2 = « 2 à 4 fois par mois »,* *3 = « 2 à 3 fois par semaine »,*
  - *4 = « 4 fois ou plus par semaine »*
- **Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?**
  - *0 = « un ou deux »,* *1 = « trois ou quatre »,*
  - *2 = « cinq ou six »,* *3 = « sept à neuf »,*
  - *4 = « dix ou plus »*
- **Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool?**
- **Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme?**
- **Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?**
  - *Pour ces trois dernières questions : non = 0, ou oui = 4*

Mode d'emploi de FACE

- Questionnaire administré par le médecin.
- Systématiquement
- Durée, avec établissement du score, une à deux minutes maxi.
- Deux premières questions portent sur les douze derniers mois, les trois suivantes, sur la vie entière.

FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation

- **Chaque question est cotée de 0 à 4**
- **On calcule le total des réponses**
- **Hommes**
  - score inférieur à 5 : risque faible ou nul
  - scores 5 à 8 : consommation excessive probable
  - score supérieur à 8 : dépendance probable
- **Femmes**
  - score inférieur à 4 : risque faible ou nul
  - scores 4 à 8 : consommation excessive probable
  - score supérieur à 8 : dépendance probable

Il existe deux diagnostics de référence :

- Alcoolisation à risque
- Alcoolodépendance

L 'intervention brève : principes

- Elle a pour objectif de provoquer chez les patients qui y sont prêts un changement dans la consommation d'alcool
- Elle cherche à être suffisamment brève pour être systématisable
- Elle respecte les « grands principes » de l 'intervention alcoologique (empathie, absence de jugement, respect du choix du patient…)
- Elle suit un plan simple

L'intervention brève

- **Restitution du test de repérage**
- Le risque alcool
- Le verre standard
- L'intérêt de la réduction
- Méthodes utilisables pour réduire sa consommation
- Proposer des objectifs, laisser le choix
- Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation,
- Remettre le livret
- Check-list

Restitution du test de repérage

- Comme l'affiche, le test sert à « ouvrir le dialogue »
- Le test n'a pas de valeur indiscutable
- Il permet cependant de partir de « l'interprétation courante » de la valeur du score
- Il permet de percevoir également les attitudes générales du patient à l'égard du sujet alcool… et du sujet médecin
- Une réticence importante peut être le signe d'une perte de contrôle : voir l'approche motivationnelle

L'intervention brève

- Restitution du test de repérage
- **Le risque alcool**
- Le verre standard
- L'intérêt de la réduction
- Méthodes utilisables pour réduire sa consommation
- Proposer des objectifs, laisser le choix
- Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation
- Remettre le livret
- Check-list

Le risque alcool

- Le risque alcool est identifié en général avec l'« alcoolisme »
- Insister sur la « normalité » sociale de la consommation à risque
- Et sur la notion de risque inconscient
- Les repères de consommation (deux verres et trois verres) sont la base du message
- « Les études montrent que boire plus diminue l 'espérance de vie »
- Cf. tension artérielle, cholestérol...

L'intervention brève

- Restitution du test de repérage
- Le risque alcool
- **Le verre standard**
- L'intérêt de la réduction
- Méthodes utilisables pour réduire sa consommation
- Proposer des objectifs, laisser le choix
- Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation
- Remettre le livret
- Check-list

Le verre standard

- Le verre standard (« unité alcool ») est un concept simple
- Mais la plus grande part des patients a une consommation domestique : savoir convertir par contenu des emballages
- Importance d'un support visuel
- Exercice possible grâce au journal de bord

Verre standard ou unité de consommation

- Une unité de boisson **au bistro :** 10 g d 'alcool pur

- **A la maison :** un verre, deux unités de boisson ? plus ?
- **Savoir convertir les bouteilles en verres ou en grammes**

L'intervention brève

- Restitution du test de repérage
- Le risque alcool
- Le verre standard
- **L'intérêt de la réduction**
- Méthodes utilisables pour réduire sa consommation
- Proposer des objectifs, laisser le choix
- Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation
- Remettre le livret
- Check-list

L'intérêt de la réduction

- L'intérêt est cette fois justifié sur le plan individuel et non par des données statistiques
- A rapprocher des éventuels dommages ressentis (buveurs à problèmes)
- Suggérer une liste de bénéfices, et demander l'avis du patient
- « Qu 'en pensez-vous : l'échange que nous venons d'avoir vous donne-t-il l'envie d 'entreprendre une démarche de réduction ? »

L'intervention brève

- Restitution du test de repérage
- Le risque alcool
- Le verre standard
- L'intérêt de la réduction
- **Méthodes utilisables pour réduire sa consommation**
- Proposer des objectifs, laisser le choix
- Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation
- Remettre le livret
- Check-list

Méthodes utilisables pour réduire sa consommation

- Réduire la fréquence
- Réduire l'intensité
- Changer d'habitudes

- Repérer les circonstances où l'on boit le plus
- Définir des conduites de rechange
- Se donner des points de repère

- Importance du journal de bord

L'intervention brève

- Restitution du test de repérage
- Le risque alcool
- Le verre standard
- L'intérêt de la réduction
- Méthodes utilisables pour réduire sa consommation
- **Proposer des objectifs, laisser le choix**
- Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation
- Remettre le livret
- Check-list

Proposer des objectifs, laisser le choix

- Les objectifs doivent être résumés :
  - pour revenir à une consommation non dangereuse,
  - afin d 'obtenir les bénéfices x ou y que nous avons évoqués ensemble,
  - nous avons vu que vous pourriez utiliser telle ou telle tactique
  - pour passer en-dessous du seuil de 3 (2) verres
- « est-ce que j 'ai bien résumé notre discussion ? »
- « est-ce que vous avez envie de tenter cette démarche ? »
  - oui franc : on passe au livret « action », et à la proposition d 'accompagnement
  - non : « vous pouvez toujours revenir en parler »
  - hésitation : approche motivationnelle (livret « information »)

L'intervention brève

- Restitution du test de repérage
- Le risque alcool
- Le verre standard
- L'intérêt de la réduction
- Méthodes utilisables pour réduire sa consommation
- Proposer des objectifs, laisser le choix
- **Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation**
- Remettre le livret
- Check-list

Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation

- Une intervention brève minimaliste peut se dérouler sur un seul entretien
  - Mais il est utile de donner la possibilité de se revoir
  - Cela est un signal d'intérêt pour la démarche
  - Et cela permet de réévaluer le niveau de dépendance
- Avec quel délai ?
  - Selon possibilité
  - Selon disponibilité du patient
  - Selon la dynamique de l 'intervention
- Optimum : 2 mois, et un an

L'intervention brève

- Restitution du test de repérage
- Le risque alcool
- Le verre standard
- L'intérêt de la réduction
- Méthodes utilisables pour réduire sa consommation
- Proposer des objectifs, laisser le choix
- Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation
- **Remettre le livret**
- Check-list

Remettre le livret

- L'outil d 'intervention proposé est une réalisation conjointe CFES-BMCM
- Il a été conçu pour les médecins généralistes
- Il peut cependant être utilisé par d'autres acteurs de santé
- Il reprend l 'ensemble des données orales… même celles qu 'on a oubliées
- Et le journal de bord

L 'intervention brève « élémentaire » : le livret patient

- Dans la méthode proposée, on utilise un des deux livrets CFES (réduire sa consommation)…
- … Mais il n'est pas interdit d'utiliser les deux

Se rappeler :

- Intervention conçue pour être délivrée en une seul fois…
- Ne pas « rater l 'occasion »
- Mais savoir percevoir les réticences et différer si besoin…
- à condition de ne pas « fuir la difficulté »

Evaluation de la formation

Merci de prendre quelques secondes pour nous faire part de votre appréciation

- Qualité de l'accueil 0 à 5
- Clarté de l'exposé 0 à 5
- Intérêt pour le thème 0 à 5
- Motivation à participer 0 à 5
- Commentaire libre

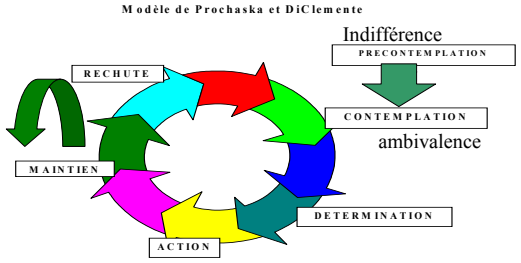
Supplément

Prochaska et DiClemente,

Frames et autres

diapos utilisables si on a du temps pour customiser sa présentation

Les étapes d'un processus de changement (approche motivationnelle)



Les recommandations CFES

- **pas d'alcool pendant la grossesse**
- pour les hommes : pas plus de 21 verres par semaine
- pour les femmes : pas plus de 14 verres par semaine
- pas plus de 4 verres par occasion
- pas d'alcool dans l'enfance
- pas d'alcool si...
  - maladie chronique,
  - traitement,
  - responsabilités qui nécessitent une parfaite vigilance,
  - conduite d'une machine.
- au moins un jour par semaine sans boisson alcoolisée

L 'intervention brève peut être efficace

- Elle doit respecter pour cela quelques critères simples :
  - 1) s 'adresser aux patients non dépendants ou présentant un faible niveau de dépendance
  - 2) utiliser un cadre général, un canevas simple, et l 'on recommande de se rappeler l 'acronyme FRAMES (« cadres »)

F RAMES

- Feed-back
- restitution au patient de l ’information relative à la fréquence et à la quantité de sa consommation d ’alcool

F R AMES

- Responsability
- La responsabilité du changement de comportement appartient exclusivement au patient, et notamment pas au thérapeute

FR A MES

- Advice
- Un conseil de modération est clairement donné au patient

FRA M ES

- Menu
- Un choix ou menu offrant différentes options relatives aux modifications de la quantité, du délai et du rythme de la consommation d 'alcool est donné au patient

FRAM E S

- Empathy
- Le thérapeute fait preuve d 'empathie, il évite la condescendance, les jugements de valeur et valorise les efforts et les acquis du patient

FRAME S

- Self-efficacy
- Le patient a besoin d'avoir confiance dans ses capacités de changer, et c'est le rôle du thérapeute que de renforcer ce sentiment d'efficacité à propos de ses entreprises

Abord quantitatif du risque

- *5 fois plus de mortalité liée à l'alcool chez l 'homme*
  - *entre 45 et 54 ans, 18 % des décès sont liés à l'alcool chez les hommes, 10 % chez les femmes*
  - *entre 45 et 64 ans, 20 à 25 % des décès masculins*
- *entre 0 et 20 grammes, augmentation du risque du cancer du sein, risque pour les porteurs VHC, risque fœtal +++*
- *entre 20 et 50 g : apparition du risque de cirrhose, d 'HTA*
- *dès 20 g augmentation de la mortalité globale chez la femme, dès 30 g chez l 'homme*
- *au-dessus de 50 g, augmentation +++ du risque de cirrhose, d 'accident hémorragique, de cancers*

Niveaux et seuils de risque

Niveau de risque	Seuil hommes	Seuil femmes	Réponses	
Bas	< 210 g/sem	< 140 g/sem	Prévention primaire :	Education pour la santé
Consommation à risque	>= 210 g/sem	>= 140 g/sem	Prévention secondaire :	Repérage, intervention brève, suivi.
Consommation à problème	Présence de troubles relatifs à l'alcool		± soins :	(soins des troubles)
Alcoodépendance	Repérage à l'aide du DSM IV ou des questionnaires		Traitement spécialisé :	Repérage, évaluation proposition de soin, motivation, éventuelle orientation, suivi.

Profil actuel* des patients face à l'alcool (en %)

	Hommes	Femmes
Profil actuel sans risque	73.6	86.0
Profil actuel à risque	20.6	5.9
dont sans dépendance	15.8	3.4
dont avec dépendance	4.8	2.5
Non réponse	5.8	8.1
Ensemble	100.0	100.0

* Le profil actuel est une variable combinant la consommation d'alcool durant les 12 derniers mois, la dépendance actuelle à l'alliance à l'alcool et le diagnostic du médecin sur cette consommation (source : enquête DREES / ORS)

Consommation excessive d'alcool : Signes non spécifiques

- Troubles du sommeil
- Troubles de l'humeur, anxiété
- Troubles digestifs « bâtards »
- Dépression
- Prise de poids
- Accidents et blessures
- Hypertension artérielle
- Perturbations familiales ou professionnelles

Repérage par la biologie

- L 'association GGT + VGM est la plus utilisée
- Elle est un reflet de la consommation et certainement pas de la dépendance
- Elle a une sensibilité et une spécificité de l 'ordre de 80 % quand on parle d 'alcoolodépendants
- On a proposé de la remplacer par la CDT (carbohydrate-deficient transferrine)
- pas pour l 'instant de preuve d 'une efficacité supérieure de la CDT

Repérage par les questionnaires

Le CAGE (en français DETA) est le plus connu :

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation d 'alcool ?
- Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d 'alcool ?
- Avez-vous déjà eu l 'impression que vous buviez Trop ?
- Avez-vous déjà eu besoin d 'Alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Ce rapport étudie les stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB) auprès des médecins généralistes concernant les buveurs excessifs d'alcool. À la demande de la DGS, il dresse un bilan de ces stratégies appliquées dans cinq régions françaises qui ont pris des initiatives en ce domaine. Ces démarches étant hétérogènes, peu concertées et suivant chacune des modalités organisationnelles spécifiques de partenariats, de financements, de contenu et de calendrier ou de protocole d'évaluation, il a semblé indispensable aux autorités de dresser un panorama des initiatives à l'échelle régionale et de révéler les éléments les plus importants qui permettraient l'élaboration d'un plan national de promotion du RPIB. Telle est la principale finalité du présent ouvrage.

Il poursuit également deux objectifs complémentaires.

Le premier est d'aider à comprendre les facteurs explicatifs et les ressorts de la consommation excessive d'alcool, mais aussi de la place des médecins généralistes dans le RPIB. Le second, est de mettre à disposition les connaissances sur les effets des stratégies de promotion en France et à l'étranger, sur l'efficacité et sur les coûts de l'intervention brève.

www.ofdt.fr

OFDT OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES

ISBN : 2-11-094939-2