



RPIB en France 2005-2016 et après

Philippe Michaud

Médecin addictologue

Centre Victor-Segalen (CSAPA de Clichy)

Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie

(IPPSA)

Je n'ai pas de conflit d'intérêt

Des débuts prometteurs

- Etude de phase IV de l'OMS (merci, Nick Heather)
- Implication de deux organisations nationales (ANPAA et INPES)
- Une équipe permanente constituée en vue d'une action durable (« Boire moins c'est mieux »)
- Equipe BMCM dressée à la méthodologie de la recherche-action, en capacité d'assurer formations et formations de formateur
- Un matériel customisé, disponible
- Une politique publique affirmée

Particularités françaises à la fin de la phase IV

- BMCM 400 MG formés en Ile-de-France
- Questionnaire FACE
- Outils d'intervention : livrets INPES
- Recommandations pour la pratique clinique SFA
- Quelques réseaux formalisés de médecins qui se saisissent du thème
- Début d'extension en médecine du travail

La circulaire de 2006

- « Circulaire DGS/SD6B du 12 octobre 2006 relative à la diffusion du RPIB en alcoologie » (merci à Dominique Martin)
- S'appuie en partie sur les résultats de la phase IV de l'OMS publiés en 2006 et, et en partie sur l'évaluation par l'OFDT des actions déjà réalisées en France, BMCM en Ile-de-France, et les autres initiatives plus ou moins liées à BMCM en régions
- Définit des objectifs (formateurs dans chaque région, 75 % des MG formés en 5 ans), un référentiel, des moyens (40 000 euros par région en one-shot, 1 million sur 5 ans), une évaluation confiée à l'OFDT
- Laisse le choix aux régions de la stratégie et de l'organisation concrète de la dissémination

Mais...

- Dissolution de BMCM par l'ANPAA en 2005 (et création de l'IPPSA)
- Changements dans l'équipe de la DGS : extinction du soutien du Ministère
- Pas de politique nationale, ni portée par la DGS, ni portée par la MILDT
- D'où : différenciations immédiates selon les régions, en termes quantitatifs et qualitatifs
- Deux régions vont faire exception quant au caractère durable des initiatives : IDF et Aquitaine
- Formations de formateurs assurées par l'IPPSA : Midi-Pyrénées, PACA, Bourgogne, Ile-de-France, Picardie.
- 700 guides du formateur imprimés : 150 effectivement distribués

Extinction de la politique *nationale* de dissémination...

- Arrêt du recueil pour évaluation par l'OFDT fin 2008
- Alors six régions ont été le théâtre de formation RPIB : Aquitaine, Bretagne, Centre, Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais et Midi-Pyrénées
- 920 médecins formés (effectifs de MG en France en 2008 évalués à 96 084 : 1% des MG, 1,5 % de l'objectif de la circulaire de 2006)
- Initiatives locales ou régionales au delà de 2008 : repérées en Savoie (Rhone-Alpes), aux Antilles, ... ? (enquête en cours)
- Mais persistance de deux pôles : IPPSA et Aquitaine

... et maintien voire renforcement du scepticisme

- Revue Prescrire (2008) : « utile seulement lorsqu'il y a un dommage »
- Revue Exercer (2010) : « le repérage précoce et l'intervention brève sur la consommation excessive d'alcool ne sont pas dangereux mais simplement inutiles » (D. Huas, B. Rueff)
- A rapprocher des enquêtes nombreuses qui montrent la difficulté des MG à parler d'alcool avec leurs patients
 - « Doctors don't believe that patients would take their advice and change their behaviour » (N. Heather)
 - « 7 % des patients ont été interrogés sur leur consommation d'alcool dans l'année » (BMCM, 2003)

Stratégie initiale de l'IPPSA

- Tenir bon : terminer et prolonger BMCM
 - Repérage et intervention chez les plus jeunes
 - Promotion du repérage par la DEP-ADO (L. Guyon et M. Landry 2001) et développement des interventions brèves motivationnelles auprès des adolescents
 - Repérage et intervention auprès des plus âgés
 - Validation française de l'ARPS (A. Fink et al. 2002) et préparation de l'utilisation du CARPS en français
 - Extension de l'utilisation du RPIB vers la santé au travail
 - Etude d'efficacité EIST
- Maintien de la disponibilité à la formation de formateurs selon une procédure « qualifiante »
 - Formation à l'activité clinique
 - Formation secondaire comme formateurs

Développements ultérieurs

- A la recherche d'un second souffle
 - Formations en régions, appui à des initiatives de formation
 - Alliance avec des sociétés de FMC (SFTG surtout)
 - Extension +++ des formations en santé au travail
 - A travers l'étude EIST
 - Avec les alliés qu'elle a générés : SMTOIF, INRS...
- Recherches-actions
 - DVD d'autoformation, Bornes interactives de prévention (BIP®)
 - Efficacité des formations des infirmières scolaires (en collaboration avec l'AFDEM)
 - Développement d'une communauté virtuelle de pratique
 - Formation des élèves sages-femmes à l'intervention brève auprès des femmes enceintes
- Depuis 2010 : alliance avec le RESPADD (merci Albert Herszkowicz)
 - Formation de pharmaciens puis des étudiants en pharmacie

Le cas aquitain (source Ph. Castera, SFA, 2014)

- Depuis 2000 financement d'une coordination régionale
- Forte et durable implication de l'autorité sanitaire régionale (DRASS puis ARS)
- Couple de locomotives : ANPAA et réseau AGIR 33
- Intégration du RPIB dans l'addictologie en soin primaire
 - Visite de santé publique (« délégués santé prévention »)
 - Travail sur la proximité et les liens avec les ressources
- Extensions
 - Publics cibles
 - Ados, seniors, femmes enceintes
 - Publics professionnels
 - Médecins scolaires, du travail, évaluateurs de l'allocation d'autonomie, auxiliaires de vie, professionnels de la périnatalité
- Résultats : plusieurs milliers de professionnels formés
- Projet d'un site dédié

Quel référentiel concernant le RPIB en France aujourd'hui ?

- SF Alcoologie : recommandations
 - 2003 : « mésusage de l'alcool »
 - 2014 : Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement
- INPES
 - Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves (Güal et Anderson, 2005, traduction 2008)
- Haute autorité de santé
 - 2014 « outil d'aide au repérage précoce et aux interventions brèves » (alcool, tabac, cannabis)
- MILDECA
 - Recommandations pour la prise en charge des problèmes liés aux SPA en milieu professionnel (mais non promu dans le plan 2013-2017)

Quel état de la pratique effective du RPIB en France aujourd'hui ?

- Faible !
- Pour la mesurer, il existe en santé au travail une enquête déclarative : 8 % des MW se déclarent formés (cela représenterait environ 500 sur 7000), 15 % d'accord pour se former... et 25 % déclarent les pratiquer.

Source INPES : Médecins généralistes et médecins du travail, regards croisés (C. Ménard, G. Demortière, et al. 2011)

- Pour les médecins généralistes, pas de données
- Faible consommation « courante » des kits INPES d'accompagnement d'intervention brève

Relancer une dynamique RPIB en France (1) ?

- Revenons au départ de la phase IV :
 - Reframe / redéfinition des concepts
 - Lead organization + strategic alliances / une organisation locomotive + des alliances stratégiques
 - Customization/ Adaptation au contexte
 - Demonstration studies / études de démonstration
- Et à celui de la circulaire de 2006 (rapport OFDT) :
 - Stratégie nationale ou régionale (jacobine ou girondine) ?
 - Up-Bottom ou bottom-up ?
 - Qui doit être opérateur ?
- Il a manqué à la politique menée depuis 2006 un leadership opérationnel persévérant, un financement adapté aux ambitions, une visibilité par les médecins et le public (grade bas : avis personnel !)

Relancer une dynamique RPIB en France (2) ?

- Le concept de continuité dans le risque et le dommage est petit à petit universellement admis (mais ni « l'alcoolisme » ni la « maladie alcoolique » ne sont morts)
- L'intérêt du RPIB est *reconnu* dans la littérature scientifique, mais peu *connu* par les médecins généralistes français - Par contre l'approche motivationnelle est maintenant souvent citée
- Les outils du repérage et de l'intervention, adaptés au contexte français, existent – mais le contexte évolue : de moins en moins de MG, de MW -> dissémination vers les infirmières les pharmaciens ?
- Et la MILDECA propose d'étendre les IB à d'autres professions et à d'autres produits que l'alcool (plan d'action 2013-2017) (*Mais l'initiative en cours en santé au travail suit une méthodologie contestable*)
- L'OCDE recommande des politiques offensives associant prévention primaire (taxes + renforcement des compétences psychosociales), prévention secondaire (RPIB) et soin des malades de l'alcool
- La nouvelle agence Santé publique France aura plus de responsabilité opérationnelle : occasion à ne pas manquer ?

Signaux positifs et nouvelles opportunités

- Collège national des généralistes enseignants (CNGE)
 - Nouvelle orientation promouvant l'apprentissage du RPIB chez les étudiants de troisième cycle
 - Refaire une « étude de démonstration » nationale impliquant les généralistes ?
- Valorisation économique des actes de prévention

« Il serait "utile" d'intégrer à la rémunération sur objectifs de santé publique des médecins libéraux des indicateurs concernant notamment l'alcool, le tabac et l'insuffisance rénale » (Nicolas Revel, DG union des caisses d'AM, 30 mai)
- Demandes de formations conjointes pharmaciens et médecins généralistes
- Equipes (hospitalières) de liaison et de soin en addictologie (ELSA)
- Initiatives régionales (Bordeaux-Limoges-Poitiers)
- « Maisons médicales » et « microstructures de soin »

Conclusions

- Beaucoup de temps - et d'argent - perdus, un manque de continuité politique
- Un manque d'ambition dommageable, moyens et visibilité insuffisante
- une « décentralisation » des initiatives probablement excessive
- Est-il raisonnable de compter seulement sur des associations pour exécuter une politique nationale ?

- Chez les généralistes un consensus professionnel faible malgré la littérature scientifique

- Mais :
 - un vrai succès, en comparaison, dans le monde de la santé au travail
 - Des forces vives renouvelées (RESPADD, CNGE ?)
 - Une demande perceptible dans certains milieux professionnels
 - Un renouveau d'intérêt des autorités sanitaires ?

- *Further research is needed...*