

Etude comparative de 4 modes de communication d'un référentiel d'accueil des adolescents en médecine générale

Binder Philippe, Chabaud Francis

INTRODUCTION

L'émergence grandissante des préoccupations de santé publique entraîne une inflation de recommandations de dépistages ou de mises en éveil des acteurs de soins primaires. Les médecins généralistes en sont régulièrement la cible. La nécessité de toucher le plus grand nombre entraîne nécessairement la question du choix des moyens. Aussi est-il intéressant d'évaluer l'impact d'un message selon le mode du vecteur utilisé. Pour cela, il est nécessaire d'effectuer des évaluations comparatives.

Parmi les thèmes de dépistage en santé primaire, le mal-être et le suicide de l'adolescent reste une des priorités (1). Mais les outils adaptés sont rares en santé primaire. Le groupe de recherche en médecine générale ADOC (*) a mis au point puis validé un test avec un référentiel d'attitude sur cet objectif précis (2). Il s'est ensuite posé la question de la pertinence du vecteur pour diffuser la méthode de dépistage et surtout la rendre opérationnelle auprès du plus grand nombre des confrères généralistes.

Un examen de la littérature montre que l'impact des transmissions du savoir auprès des praticiens en activité a été largement étudié, d'abord sur le plan général de la formation médicale continue (3), puis plus récemment et de façon plus précise, sur l'effet des recommandations des pratiques professionnelles (RCP) (4) (5). Cependant les plus récentes méta-analyses montrent que les études présentant une rigueur méthodologique permettant de conclure à l'efficacité d'une méthode (6) (4) sont peu nombreuses, particulièrement en France (7), en outre, peu d'entre elles se sont intéressées au thème de la santé psychique des adolescents. Il en ressort les constats suivants :

- La diffusion simple d'information, même ciblée sur des recommandations claires, modifie un savoir mais pas un comportement (8),
- Le rôle d'un leader d'opinion sur les comportements est supérieur à celui de l'information simple même si son impact reste limité. (9)

Ce sont les méthodes interactives qui semblent obtenir de meilleurs résultats :

- Le rôle du délégué médical a un impact important mais partiel et temporaire. Son impact n'est pas simple à caractériser tant les études ont des méthodologies différentes (10).
- Le mode de rappel au moment de la décision semble particulièrement efficace surtout en prévention ambulatoire (11)
- Les séances de FMC présentent trop de différences entre elles pour être comparées de façon rigoureuses. Seules les séances avec actions interactives obtiennent des résultats mesurables au point que Davis énonce que la formation didactique doit être abandonnée du fait de la perte de temps et d'efficacité. (12)

En ce qui concerne l'aspect particulier du dépistage du mal-être chez les adolescents, une étude sur l'amélioration du dépistage des idées suicidaires des adolescents montre qu'une journée complète de formation ne modifie que le savoir (13). Par contre, une formation de 2,5h / semaine pendant 6 semaines suivie d'une session 6 semaines après, obtient des résultats sur les comportements (14). Enfin on peut noter que lorsque le médecin a modifié son attitude, ce changement persiste dans le temps (15)

OBJECTIF

Au vu de ces données et des moyens à notre disposition, il fut décidé de transmettre le référentiel par 4 modes différents de communication et d'en évaluer l'impact sur les médecins sensibilisés après 6 mois au moins : 1-Routage postal, 2-rencontre individuelle par délégué de santé, 3-séances interactives courtes de FMC dans le département animées par différents membres du groupe Adoc, 4-FMC hors département où le coordinateur était invité à titre d'expert ou de leader d'opinion.

MATERIEL ET METHODE

La méthode choisie fut celle de l'audit clinique :

- Il s'agissait de comparer dans le temps des pratiques individuelles de médecins « naïfs » avant et après une information spécifique diffusée selon 4 modes différents de transmission.
- La pratique observée fut celle rapportée par déclaration du médecin en réponse à un questionnaire d'évaluation enregistré avant et après communication du référentiel de bonnes pratiques « ADOC ».

La mise en place s'est déroulée en plusieurs étapes :

- Les 3 premiers temps constituent la phase 1:
- Le premier temps était basé sur la passation du questionnaire d'évaluation avant toute communication et sur la réalisation d'une enquête téléphonique préalable auprès de 96 médecins de Charente-Maritime (février 2006) tirés au sort (=groupe 1).
- Le second comportait la création d'un ensemble pédagogique cohérent : résumer le référentiel et le transmettre à un délégué de santé, créer une animation vidéo et un protocole pour les FMC, créer et imprimer une plaquette avec mémo détachable devant servir à tous.
- Le troisième temps concernait les 4 modes de communication
 1. adresser la plaquette par routage postal avec courrier d'accompagnement à tous (n=606) les médecins généralistes de la Charente-Maritime (groupe 1)
 2. démarcher à leur cabinet des médecins parmi une liste de 150 n'ayant pas participé aux séances de FMC (groupe 2, n=65). Ce fut le rôle du délégué de santé dont le rendez-vous était annoncé par un courrier du groupe ADOC.
 3. présenter collectivement le référentiel dans des formations de soirée ou des séminaires de 2 jours (13 sites) organisés hors département par d'autres organismes et où n'intervenait que le coordinateur du groupe ADOC présenté alors comme expert. (groupe 3, n=130).
 4. présenter collectivement le référentiel dans des réunions de FMC en soirées (13 réalisées) organisées par le groupe ADOC dans son département, avec une animation interactive réglée assurée par les différents membres du groupe ADOC (groupe 4, n=94)

La démarche auprès des médecins dans chacun de ces 4 groupes s'est déroulée comme prévu entre février et juin. Avant chaque communication, le médecin remplissait un questionnaire. 312 questionnaires ont été relevés lors de cette phase 1. Cependant une erreur logistique a entraîné l'absence de relevé de ces questionnaires dans le groupe 2 (Visite individuelle)

- Le quatrième temps (Phase 2) consistait à réaliser une enquête téléphonique d'évaluation finale à distance dans le temps. 40 médecins de chaque groupe ont été tirés au sort. 144 questionnaires ont pu être finalisés au cours de cette phase. Ce questionnaire était pourvu de 4 questions supplémentaires liées à la mémorisation et à l'utilisation du référentiel. En dehors des médecins démarchés individuellement et rappelé par le délégué qui les avait rencontré, les autres ont été joints par un permanent de l'association. Les médecins ont été contactés entre 6 et 10 mois après la première intervention. Leur effectif se répartit ainsi.
 1. 40 médecins parmi les 88 du groupe 1 (routage)
 2. 24 médecins parmi les 65 du groupe 2 (visite)
 3. 40 médecins parmi les 130 du groupe 3 (FMC hors 17)
 4. 40 médecins parmi les 94 du groupe 4 (FMC 17)

Hypothèses

Les deux questionnaires (avant-après), présentés en annexe technique, comportaient 16 ITEMS choisis pour évaluer l'impact éventuel de la diffusion du référentiel sur les connaissances, les attitudes, les représentations et les pratiques des médecins. Un codage spécifique à chaque médecin permettait d'identifier les variations individuelles. Lorsqu'un nombre suffisant de questionnaires préalables a été recueilli chez des médecins ignorant le référentiel Adoc et le test (n=174), les positions spontanées des médecins sur les questions d'adolescence et de suicide ont pu être identifiées. Cela a pu déterminer une approche du niveau de base des connaissances, attitudes, représentations et pratiques des médecins puis de formuler des hypothèses d'amélioration.

2 hypothèses ont été formulées:

- la première était une amélioration des 11 items les plus significatifs jusqu'à un niveau défini à atteindre (tableau 1)
- la seconde était une variation positive statistiquement significative de trois dimensions de synthèse "Mémoire" "Représentations", "Actions" se répartissant l'ensemble des items.

Tableau 1 : hypothèse d'objectifs définis sur 11 items du questionnaire

N°	Objectif concernant les indicateurs	niveau de référence* (%) n=174	Hypothèse sur le niveau à atteindre
1	Augmenter la connaissance d'outil de dépistage des attitudes suicidaires	13	50
2	Augmenter la fixation de rendez-vous à adolescent dans l'année	70	75
3	Augmenter la fixation de rendez-vous à adolescent dans le mois précédent	24	33
4	Diminuer l'opinion "les adolescent revient rarement quand on leur fixe un RDV"	42	35
5	Augmenter la connaissance des coordonnées d'une structure spécialisée adolescent	45	55
6	Diminuer l'opinion "l'ado suicidant est le plus souvent dépressif"	74	60
8	Augmenter la connaissance de la relation statistique :tabac -TS	51	66
9	Augmenter la connaissance de la relation statistique: petits traumatismes physiques-TS	28	51
10	Augmenter la connaissance de la relation statistique : stress scolaire - TS	80	88
11	Diminuer l'opinion " les suicidants sont majoritairement pris en charge"	86	50
13	Augmenter la connaissance du test « TSTS CAFARD »	0	75
15	Augmenter l'utilisation du TSTS au moins une fois	0	50

*: le niveau de référence a été déterminé selon les résultats préliminaires de 174 premiers pré-tests exploités,) Exploitation ORSPEC (par exemple l'objectif 1 était de faire passer le nombre de médecins connaissant d'un outil de dépistage des attitudes suicidaire de 13 à 50 %

Saisie et traitement des questionnaires

La saisie a été réalisée de manière centralisée par un salarié du groupe Adoc, puis les questionnaires ont été transmis à l'ORS. Le plan d'analyse proposé par l'ORS a été validé par le groupe Adoc avant d'être appliqué.

Plan d'analyse et codage

Le plan d'analyse a comporté 2 parties:

1. La première visait à vérifier les hypothèses quantitatives présentées au tableau n°1 pour chacun des 11 items . Le plan comportait donc la comparaison des % observés en phase 1 et en phase 2 pour chacun de ces Items, pour la totalité des médecins participants, puis pour chacun des 4 groupes définis selon les modalités de communication.
2. La seconde avait pour objectif de synthétiser les principales dimensions des changements. Pour cela , trois variables de synthèse ont été construites par cumuls des variables élémentaires présentées ci-dessous (construction d'une score cumulatif sur la base de 1 point par item positif) afin de disposer d'indicateurs plus significatifs selon trois dimensions :

[Représentation] cette dimension regroupe les items ayant trait au savoir, aux idées reçues ou aux impressions subjectives
= \sum [relation dépression suicide + relation sommeil-suicide + relation tabac-suicide + relation stress-suicide + niveau de prise en charge des suicidaires].

[Mémoire] cette dimension regroupe les éléments du référentiel nouveaux pour le médecin et dont on peut mesurer le niveau de mémorisation à distance
= \sum [se rappeler du test + se rappeler des mots évoqués par TSTS + connaissance d'outil simple de dépistage+ se rappeler des mots évoqués par CAFARD].

[Action]= cette dimension aborde des éléments opérationnels intégré par le médecin et pour lesquels l'action a été menée
= \sum [utilisation du test an+ utilisation récente mois+ Plaquette à portée + Memo détaché+ fixer rendez vous dans l'année + rendez vous récent+ numéro de structure spécialisée].

Ces variables ont fait l'objet d'une programmation, puis leurs valeurs arithmétiques ont été calculées. Leurs valeurs moyennes ont été soumises à un programme statistique d'analyse de variance permettant ainsi de préciser et d'affiner les premiers résultats.

RESULTATS

3.1. Résultats selon les indicateurs globalement

Tableau 2 : Comparaison globale des hypothèses et des résultats des évaluations

N°	Intitulé de variable.....	Hypothèses*		Résultats**		Test stat. (Ph 2/ Ph 1)
		Référence N=174 Phase1	Niveau à Atteindre Phase 2	Pré-test N=312 Phase 1	Post-test N= 144 Phase 2	
1	Connaître outil de dépistage	13	> 50	20	75	***
2	Fixer un rendez-vous à adolescent	70	> 75	71	67	NS
3	Fixer un rendez-vous dans le mois	24	> 33	27	25	NS
4	Opinion: Adolescent revient rarement si RDV	42	< 35	44	31	**
5	Connaît structures spécialisées	45	> 55	49	70	***
6	Lien dépression TS	74	< 60	75	51	***
8	Lien tabac et TS	51	> 66	66	82	***
9	Lien traumatisme et TS	28	> 50	55	82	***
10	Relation entre stress scolaire et TS	80	> 85	80	88	*
11	Opinion: les suicidants sont pris en charge	86	< 50	58	33	***
13	Connaissance test TSTS	0	> 75	10	41	***
15	A utilisé test au moins une fois	0	> 50	10	44	***

NS : non significatif * : significatif au seuil statistique de 5% ** : significatif au seuil statistique de 1%
*** : significatif au seuil statistique de 1%
Exploitation ORSPEC

*Hypothèses de changement formulées à partir des résultats des 174 premiers pré tests
**Résultats calculés à partir de la totalité des tests recueillis en phase 1 et 2.

L'ensemble des hypothèses de départ a été confirmé pour l'ensemble des groupes à l'exception des variables d'intervention 2 et 3 qui n'atteignent ni une variation significative ni les objectifs fixés. Cependant les objectifs des variables 13 et 15, même significatifs sont très en deçà des prévisions

- Lors du post-test quelques variables supplémentaires ont été rajoutées pour mesurer la mémorisation et l'utilisation du référentiel.
 - Item 18 : se rappeler du test
 - Item 19 : mémorisation des mots du TSTS
 - Item 20 : mémorisation des mots du CAFARD
 - Item 22 : utilisation du test TSTS CAFARD récemment
 - Item 23 : avoir la plaquette d'information à portée de la main
 - Item 24 : avoir détaché le mémo
 - Item N : durée (en mois) entre phase 1 et phase 2

Ces différentes questions n'avaient pas vocation à être testées du fait qu'elles ont été posées uniquement en phase 2 (le test ou la plaquette n'étaient pas connus lors de la phase 1). L'ensemble des résultats est affiché dans le tableau 3 :

Tableau 3 : Résultats selon les groupes
Exprimés en pourcentages

N°	Libellé de l'Item Résumé	Groupe 1 : ROUTAGE			Groupe 2 : DELEGUE sur RDV			Groupe 3: FMC hors 17"expert"			Groupe 4: FMC 17"interactif"		
		Phase 1 N=88	test 2/1	Phase 2 N= 40	Phase 1 § N=88	test 2/1	Phase 2 N=24	Phase 1 N= 130	test 2/1	Phase 2 N=40	Phase 1 N = 94	test 2/1	Phase 2 N=40
		AVANT		APRES	AVANT		APRES	AVANT		APRES	AVANT		APRES
1	Je connais un outil	21	**	42	21	***	83	15	***	87	26	***	90
18	Je connais TSTS			25			86			70			82
19	Mots du TSTS			17			43			47			61
20	Mots du CAFARD			5			42			40			35
15	Test utilisé/ an	16	NS	27	16	**	43	4	***	52	13	***	52
22	Test utilisé < 30j			5			14			25			17
23	Plaquette à portée			15			43			42			49
24	Mémo détaché			8			9			16			16
2	Fixé RDV <1 an	76	NS	70	76	**	50	68	NS	65	71	NS	75
3	Fixé RDV <30 jours	23	NS	30	23	NS	18	29	NS	30	29	NS	17
5	Tél structure à portée	51	**	77	51	NS	50	45	*	67	53	**	76
4	Pas de retour ados	43	*lim	26	43	NS	40	43	NS	35	46	*	26
6	TS = dépression	75	NS	64	75	NS	74	77	***	42	72	***	35
7	Lien Sommeil-TS	86	NS	84	86	NS	96	91	NS	90	90	NS	79
8	Lien Tabac-TS	60	**	86	60	NS	69	67	*	82	70	NS	83
9	LienTraumas-TS	31	**	59	31	**	68	60	***	95	72	**	95
10	Lien Stress scol-TS	70	*	86	70	*	95	86	NS	90	79	NS	82
11	Prise en charge	54	NS	43	54	NS	33	63	**	37	56	***	18
N	Durée moyenne mois			9,8			6,3			5,8			9,4

§ Absence de données phase 1 pour le groupe 2, à défaut de particularités initiales spécifiques du groupe du groupe 2, sa phase 1 est identifiée avec celle du groupe 1 Exploitation ORSPEC

** $p < 0,001$

*** $p < 0,0001$

NS : non significatif

Tous les groupes progressent sur plusieurs items, mais certains de façon non significative.

Groupe 1 – Routage

Le groupe informé par simple routage a acquis la connaissance de l'outil et les données d'une structure de proximité. Il fait les liens entre les symptômes Tabac, Traumatisme, Stress et les Idées Suicidaires. Cependant il est nettement moins performant quant à l'utilisation du test, la conservation à portée de la plaquette et donc l'usage du mémo. Il progresse peu sur l'acquisition des relations entre dépression et conduites suicidaires ainsi que troubles du sommeil et conduites suicidaires. Enfin, il modifie peu ses représentations sur le niveau de prise en charge des ados en cas de tentative de suicide. La mémorisation y est faible.

Groupe 2 - Délégué

Le groupe démarché individuellement présente des résultats contrastés. Il progresse nettement sur la connaissance de l'outil TSTS et son essai en consultation en faisant bien le lien entre stress scolaire, petits traumatismes et les idées ou actes suicidaires. Cependant tous les autres items ne progressent pas de façon significative. Une exception, l'item concernant la fixation de rendez vous du médecin au cours de l'année (item 2) diminue de manière significative et contrairement aux hypothèses. On note d'une manière plus générale que la mémorisation est bonne. Mais c'est un groupe à petit effectif.

Groupes 3 et 4 - FMC

Les groupes approchés lors des séances de FMC donnent des résultats supérieurs aux autres groupes et de façon globalement équivalente selon le mode de FMC, à 2 items près : la FMC 17 de type "animation" progresse seule sur l'item se représentant positivement le retour des ados après fixation de rendez-vous, la FMC hors 17 de type "expert" progresse seule sur l'association tabac et conduites suicidaires, (mais la différence est faible). Les items de mémorisation sont de bon niveau et homogènes

3.3. Résultats selon les variables de synthèse

Le tableau 4 regroupe l'étude des variations d'attitude de chaque médecin individuellement. Pour rendre clair les résultats, un indice est construit, il est calculé à partir des scores (0/1) cumulés de réponses de chaque médecin par catégorie. Ensuite des indices moyens sont calculés pour chaque groupe de passation et phases d'étude. Enfin les indices de catégories différentes ont été rendus comparables entre eux en les ajustant sur une base commune de 10 items. L'indice représente ainsi un score moyen par médecin. Il mesure l'adéquation des réponses au modèle retenu pour la catégorie mesurée, le groupe de passation et la phase considérée. Le score varie de 0 à N, 0 étant le score moyen nul d'adéquation aux hypothèses (Tableau 1) et N le score moyen maximum d'adéquation. L'indice est donc d'autant plus élevé que l'adéquation au modèle retenu est bonne.

Dans le tableau 4, le modèle d'analyse compare les évolutions moyennes de chaque médecin entre la phase 1 et la phase 2, d'abord tous groupe confondu (a), ensuite groupe par groupe(b)

TABLEAU 4 : RÉSULTATS DE L'ANALYSE DE VARIANCE DES VARIABLES DE CUMUL

(a)	Phase 1	test	Phase 2	(b) Phase 1 = AVANT				Phase2 = APRES			
	Tous groupes N=312		Tous groupes N=144	Groupe 1 N=88	Groupe 2 N= 88	Groupe 3 N = 130	Groupe 4 N=94	Groupe 1 N= 40	Groupe 2 N=24	Groupe 3 N=40	Groupe 4 N=40
Mémorisation	0,48±0,04	*	<u>5 ±0,24</u>	0,50	---	0,35	0,6	2,25	<u>5,25*</u>	<u>6*</u>	<u>6,5*</u>
Actions	2,37±0,13	*	<u>3,78 ±0,28</u>	2,43	---	2,15	2,43	3,3	3,1	<u>4,1*</u>	<u>4,1*</u>
Représentation	8,6±0,46	ns	8,4 ±0,22	7,8	---	<u>9*</u>	8,6	8,2	7,8	<u>9,4*</u>	8,0

Exploitation ORSPEC

Légendes :

-- pré-test non réalisé dans le groupe 2

* Tests statistiques : différence statistiquement significative entre deux ou plusieurs moyennes pour un item et une phase données.

Dans la partie (a) d'analyse globale, on remarque que les indices de mémorisation en phase 1 ne sont pas nul. En effets quelques médecins disaient connaître déjà un outil de dépistage. On note d'autre part que l'indice de représentation est élevé dès la phase 1 traduisant un niveau moyen relativement pertinent des représentations préalables.

Une évolution positive significative est enregistrée pour les questions concernant la mémorisation et l'action mais pas pour les représentations. Cependant le tableau 3 montre qu'une progression significative s'est faite sur le thème liant la TS et les petits traumatismes ou le tabac

Dans la partie (b) d'analyse comparative des groupes on remarque que les groupes en phase 1 ont d'un indice de départ semblable sauf en ce qui concerne les représentations: le groupe 3 (mais pas le 4) est significativement plus proche de nos attentes que le groupe 1. Hors cet aspect, l'échantillon général de départ est homogène.

En phase 2, après sensibilisation chaque groupe a évolué selon le mode d'information mais de façon différente :

-Pour la mémorisation, chaque groupe évolue significativement entre la phase 1 et 2 mais l'évolution des groupes 2, 3 et 4 est très significativement plus positive de celle du groupe 1

-Pour les actions, chaque groupe évolue significativement entre la phase 1 et 2 mais l'évolution des groupes 3 et 4 est significativement plus positive de celle des 2 autres groupes

-Pour les représentations, aucun groupe n'évolue significativement entre la phase 1 et 2, seul le niveau du groupe 3 se distingue positivement de celle des autres groupes en raison d'un niveau initial élevé en phase 1.

DISCUSSION

Sur la méthodologie et la constitution de l'échantillon.

L'échantillon constitué et le respect de la méthodologie ont atteint un bon niveau qualitatif et quantitatif malgré une complexité d'organisation nécessitée par le respect des délais. Une réserve est à faire sur le groupe 2 "délégué". En effet, une incompréhension de départ avec le prestataire a occasionné une absence de pré-test, d'autre part la sollicitation dont il devait se charger 6 mois après pour le post-test a atteint un niveau quantitatif plus faible que les autres groupes. Cet aspect est une déception pour un groupe dont on attendait beaucoup et pose la question de la perte de qualité en délégation de transmission.

Les niveaux initiaux des pré-tests sont finalement assez semblables selon le groupe interrogé à une exception près concernant la réponse à la question 9 du tableau 3 concernant le lien entre la petite traumatologie et les TS plus souvent connue des inscrits aux formations ($p < 0,0001$). Aucune autre question n'obtient une différence statistiquement significative. Or on pouvait penser que le profil de population interrogée au hasard ne serait pas exactement celui des médecins qui s'inscrivent volontairement à un séminaire sur l'adolescence. Dans le domaine des adolescents en difficultés les a-priori des médecins sont donc assez partagés.

Un biais est possible entre les groupes 1, 4 et les groupes 2, 3 lié à la durée écoulée entre pré et post test (tableau 3). En effet cette durée moyenne passe de 6 mois à presque 10 mois, ce qui ne peut guère améliorer les niveaux de mémorisation.

Sur les objectifs affichés:

La plupart des objectifs proposés ont été atteints (tableau 2), ceux liés à la connaissance du test et à son utilisation sont approchés. Par contre les médecins n'ont pas vraiment modifié leur fréquence de contact volontaristes avec les ados.

Sur l'évolution par thème

Sur l'ensemble des items on remarque des évolutions cohérentes, le regroupement par thème est donc justifié, il permet de proposer des interprétations claires et fiables:

➤ En matière de mémorisation.

tous les groupes mémorisent mais à un niveau assez différent. On retiendra que le routage est une méthode bien médiocre pour retenir un test à 4 mots (question 19-tableau 3) tandis que la méthode interactive apparaît nettement la meilleure. La différence entre le routage et les autres méthodes se creuse à propos des questions complémentaires (n° 20) du test (Cafard). On retiendra qu'en dehors du routage les 3 méthodes permettent à plus de 40% des médecins de retenir le détail d'un test complet plus de 6 mois après sa transmission.

➤ En matière de représentation.

Il faut retenir en préalable que les niveaux initiaux des pré-tests sont finalement assez proches des objectifs de formation et particulièrement dans le groupe expert. L'acquisition d'amélioration ne pouvait donc être que réduite, d'ailleurs le groupe 4 (FMC "animations") n'évolue pas dans ce domaine.

L'item évoquant les opinions sur le faible niveau de prise en charge des ado suicidant (n°11) et ceux dissociant TS et dépression n'ont été intégrés significativement (n°6) que par les participants aux FMC.

Parmi les items de corrélation TS-aspects de vie courante, seul l'aspect le plus inattendu (lien entre la petite traumatologie et les TS) fait le progrès le plus généralisé. Par ailleurs, on s'étonnera d'une évolution relativement semblable entre le groupe routé par la poste et celui visité individuellement. Ce constat d'une efficacité très moyenne du délégué est accentué sur l'item concernant les liens tabac-idées suicidaires (n°8) qui ne progresse vraiment que dans le groupe routé par voie postale.

On retiendra le fort impact sur les représentations que donne une donnée surprenante ou inattendue, le faible impact relatif du délégué en visite individuelle par rapport à l'efficacité d'un routage postal simple, et l'intérêt de l'attitude "expert" par rapport aux autres méthodes pour faire changer des représentations. Celles-ci cependant se modifient peu étant déjà à un niveau très adapté aux objectifs.

➤ Sur un plan opérationnel.

On voit bien ici le caractère déterminant des actions de FMC pour faire évoluer l'attitude opérationnelle par rapport aux autres méthodes.

Sur l'utilisation du test, seuls les médecins contactés par courriers n'ont pas fait de progrès significatifs. Cette utilisation n'est cependant pas si fréquente car c'est une minorité qui l'a utilisé dans le mois. De même l'outil plaquette a été égaré par ceux qui l'ont reçu par courrier, les 3 autres groupes étant presque la moitié à l'avoir sous la main et le mémo utilisé essentiellement par ceux ayant fait une FMC. Par contre il est particulièrement intéressant de noter l'évolution très positive des médecins routés sur la connaissance d'une structure de proximité (question 5) car le courrier ne faisait mention d'aucune adresse. Le routage aurait-il agité comme une alerte ?

Toutes ces acquisitions n'ont cependant pas modifié significativement les pratiques consistant à avoir suffisamment d'assurance pour fixer un rendez-vous à un adolescent. Cet aspect rejoint les observations de la littérature. (13)

On retiendra que les médecins ont appris les coordonnées de la structure de proximité y compris ceux contactés par routage, presque la moitié a expérimenté le test mais ils ne fixent pas plus de RDV aux ado qu'auparavant. Pour ces changements opérationnels, les séances de FMC sont nettement plus efficaces que le routage ou la visite individuelle.

S'il se dégage une prééminence de la FMC pour modifier les aspects opérationnels qui sont évidemment les plus intéressants, il faut aussitôt comprendre que cette efficacité ne s'adresse qu'à un petit nombre de médecins volontaires et plutôt motivés. Ceci laisse donc toute sa place à cette démarche individuelle auprès de médecins qui ne se déplacent pas volontiers. En terme d'impact, on ne peut cependant en attendre qu'une capacité limitée à certains points précis comme retenir un message ou une information inattendue.

Etant basée sur des variations individuelles de comportement, l'étude mériterait une exploitation plus approfondie des variations liées aux caractéristiques "médecin", sexe, âge par exemple. Par ailleurs, cette étude serait très utilement enrichie par une analyse économique de chaque vecteur permettant aux organisateurs de communication à faire leurs choix en fonction des moyens dont ils disposent.

Ces résultats très centrés sur des questions relatives aux consultations des adolescents dépassent le thème choisi pour s'appliquer à toute transmission de savoir visant à modifier le savoir et le comportement des médecins en consultation de médecine générale.

CONCLUSION

Cette étude confirme les données de la littérature. Avec des moyens de sensibilisation ou de formation ponctuels, il est relativement aisé de modifier un savoir de façon durable, possible de faire changer des représentations, difficile de modifier des modes d'intervention. Dans notre démarche de prévention du risque suicidaire chez l'adolescent, la transmission du référentiel a eu un impact certain dans le temps mais très variable selon les méthodes pédagogiques utilisées:

Le routage postal impersonnel n'a pas un impact nul. Si la mémorisation y est faible, il fait évoluer des représentations à la manière d'une alerte, uniquement sur les aspects les plus inattendus ou bien pratiques comme chercher une adresse. Son rendement est faible mais permet d'atteindre un grand nombre à un coût très réduit.

La visite individuelle au cabinet a une efficacité moindre que prévue, elle entraîne une mémorisation conséquente et transmet une motivation à essayer un test par exemple. Elle a l'avantage de pouvoir cibler les médecins ne se déplaçant pas en réunion ou se sentant peu concernés.

Les séances de FMC obtiennent le meilleur impact. A propos d'un référentiel sur l'accueil des ados, l'impact à long terme d'une soirée interactive avec un protocole pédagogique réglé est aussi bon qu'un séminaire ou qu'une soirée avec expert. Celles-ci cependant recrutent des médecins dont le niveau des représentations préalables est plus proche des objectifs de formation que la moyenne.

Les conditions du succès sont de se cantonner à des objectifs très restreints et d'adapter la méthode au public choisi et aux moyens alloués.

* LE GROUPE ADOC

En 1999 un groupe de médecins généralistes, organisé et associé à une équipe départementale de prévention, avait participé activement à la conception et à la réalisation d'une enquête en population générale auprès d'un échantillon représentatif (n=3872) d'élèves de troisième et de seconde toutes orientations confondues, de la Charente Maritime. Cette enquête, appelée « LYCOLL » a été réalisée grâce à un fructueux partenariat associant l'Unité 472 de l'INSERM, l'ORS PC, l'éducation nationale et un ensemble de professionnel de terrain (**). Le traitement de cette enquête avait mis en évidence l'importance locale du phénomène du suicide et retrouvé la grande proportion de suicidants consultant le généraliste pour divers motifs.

Devant cette situation, et s'appuyant sur les recommandations de la conférence de consensus un appel fut lancé par courrier à l'ensemble des généralistes et des psychiatres et pédiatres libéraux du département pour imaginer des solutions applicables en médecine de ville. A la suite des réponses, 17 généralistes et 2 psychiatres de ville ont constitué une équipe appelée « groupe ADOC » (ADOlescents et Conduites à risque), décidée à mettre au point et évaluer des outils aisément transmissibles, particulièrement adaptés au dépistage, à l'accueil, à la prise en charge ou à l'orientation des adolescents à risque suicidaire en médecine générale. Le groupe s'est organisé en réalisant un constant aller-retour entre le savoir, la clinique, la recherche, la communication et l'établissement de relations avec les institutions. Le support financier est assuré essentiellement par le F.A.Q.S.V. régional et a trouvé rapidement appui auprès de l'ORS : dr CHABAUD et du CHU avec le Pr MARCELLI et enfin le Pr INGRAND pour mener à bien ses travaux. La supervision scientifique est assurée par le pr MARCELLI.

Le groupe de travail est composé de médecins généralistes et d'un psychiatre .

En 2007 il comprend 14 généralistes Dr BARRIER, Dr BINDER, Dr CARON, Dr CLAUZET, Dr DEZEIX, Dr LEBIGRE, Dr LECROART, Dr MASSE, Dr PRIEUR, Dr PEYREBRUNE, Dr RECHARD, Dr REYNAUD, Dr SORBE, Dr VALETTE, et 1 psychiatre Dr CORNUAULT.

La coordination de ce groupe est assurée par le Dr BINDER, il est géré par l'association Relais 17 régie par la loi 1901. Adresse :2 bis rue de l'église – 17430 LUSSANT mail: phibin@wanadoo.fr

(*)Binder Ph., Chabaud F., Balima S., Saillard C., Robin S., Taugourdeau R., Choquet M., « Nouvelles démarches épidémiologiques : une enquête issue du terrain auprès de 3800 adolescents avec un partenariat local, régional et national. » Revue de Santé Publique 2001 - Vol 13, n°4 pp 367-377

BIBLIOGRAPHIE

- (1) HAS. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus du 19 et 20 octobre 2000 . Amphithéâtre Charcot . La Pitié Salpêtrière. PARIS. Haute Autorité de santé 2, avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
- (2) Binder Ph, Chabaud F.« Accueil des adolescents en médecine générale : validation de l'usage d'un référentiel » - La Revue du Praticien - Médecine Générale .21 novembre 2005– Tome 19 – n° 710/711 – p 1307-1313
- (3) Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. JAMA. 1995, 20, 274, 23, 1836-1837.
- (4) Durieux P, Ravaud Ph, Dosquet P, Durocher A. Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales A.N.A.E.S. Janvier 2000, 48p
- (5) Wensing G, Chaulk P, freake D. the effects of clinical guidelines on patient outcomes in primary care : a systematic revue.CMAJ 1997;156:1705-12
- (6) Bloom BS. Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: a review of systematic reviews. Int J Technol Assess Health Care. 2005, 21, 3, 380-385.
- (7)Boissel JP, Collet JP, Alborini JC et al. Education program for general practitioners on breast and cervical cancer screening : a randomized trial. Rev Epidem Sante 1995;43: 541-7.
- (8) Freemantle N, Harvey EL, Grimshaw JM et al. Printed educational materials : effects on professional practice and health care outcomes. (Cochrane Review) In The Cochrane Library, 1999, Issue 3, Oxford Update Software
- (9)Lomas J, Enkin M, Anderson GM et al. Opinion leaders vs audit and feedback to implement practice guidelines: delivery after previous cesarian section. JAMA 1991;265:2202-7.
- (10) Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA et al. Audit and feedback : effects on professional practice and health care outcomes. (Cochrane Review) In The Cochrane Library, 1999, Issue 3, Oxford Update Software
- (11) Shea S, DuMouchel W, Bahamonde L. A meta-analysis of 16 randomized controlled trials to evaluate computer-based clinical reminder systems for preventive care in the ambulatory setting. J Am Med Inform Ass 1996;3:399-409
- (12) Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. JAMA. 1995, 20, 274, 23, 1836-1837.
- (13) Pfaff JJ, Acres JG, McKelvey RS Training general practitioners to recognise and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people. Med J Aust. 2001 5;174, 5, 222-226.
- (14) Sanci LA, Coffey CM, Veit FC, Carr-Gregg M, Patton GC, Day N, Bowes G Evaluation of the effectiveness of an educational intervention for general practitioners in adolescent health care: randomised controlled trial. BMJ. 2000, 22, 320 (7229):224-230
- (15) Sanci LA, Coffey C, Patton G, Bowes G. Sustainability of change with quality general practitioner education in adolescent health: a 5-year follow-up. Med Educ. 2005 Jun, 39, 6, 557-60.