

# Éducation et formation aux troubles liés à l'usage de substances

## **Recommandations** pour de futures politiques nationales en matière de drogues

*Par le Groupe de travail sur la mise en œuvre de programmes d'éducation et de formation dans le domaine des addictions*



Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants



*Edition anglaise :*

Education and training on substance use disorders  
Recommendations for future national Drug Policies

Les vues exprimées dans cet ouvrage sont de la responsabilité des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la ligne officielle du Conseil de l'Europe

Tous droits réservés. Aucun extrait de cette publication ne peut être traduit, reproduit, enregistré ou transmis, sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit – électronique (CD-Rom, internet, etc.), mécanique, photocopie, enregistrement ou de toute autre manière – sans l'autorisation préalable écrite du Groupe Pompidou ([pompidou.group@coe.int](mailto:pompidou.group@coe.int)).

© Conseil de l'Europe, mai 2014  
Imprimé en Allemagne

# Les auteurs

## **Richard Muscat**

est professeur en neurosciences comportementales, département des sciences biomédicales à l'université de Malte. Au sein du Groupe Pompidou, il est le vice-président des correspondants permanents et du Bureau. Il a élaboré le cadre du présent document en collaboration avec Rene Stamm. Ambros Uchtenhagen a contribué au texte et fourni la plupart des exemples et des références. Le Groupe d'experts, dont la composition figure ci-dessous, a fourni de nombreux éléments précieux au cours de l'élaboration du document.

## **Rene Stamm**

est chef adjoint de la section Drogues à l'Office fédéral de la santé publique (Suisse). Il a principalement participé à l'élaboration d'une politique nationale d'éducation et de formation aux troubles liés à l'abus de substances.

## **Ambros Uchtenhagen**

Professeur émérite à la chaire de psychiatrie sociale de l'Université de Zurich, est fondateur et président de l'Institut de recherche sur la santé publique et les addictions (Suisse).

## **Le Groupe d'experts**

M. Roman Gabrhelik, République tchèque

Professeur Amine Benyamina, France

Professeur Minerva Melpomeni Malliori, Grèce

Dr. Ramzi Haddad, Liban

M. Valerij Dobrovolskij, Lituanie

Dr Liljana Ignjatova, « l'ex-République yougoslave de Macédoine »

Professeur Jallal Toufiq, Maroc

# Le Groupe Pompidou

Le Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou) est un organe intergouvernemental créé en 1971. Depuis 1980, il exerce ses activités au sein du Conseil de l'Europe. Trente-cinq pays sont aujourd'hui membres de ce forum multidisciplinaire européen qui permet aux responsables politiques, aux professionnels et aux chercheurs d'échanger des informations et des idées sur les divers problèmes posés par l'abus et le trafic illicite des drogues. Il a pour mission de contribuer à l'élaboration dans ses Etats membres de politiques en matière de drogues qui soient multidisciplinaires, novatrices, efficaces et basées sur des connaissances validées. Il entend relier les politiques, la pratique et la recherche scientifique.

En créant, en 1982, un groupe d'experts en épidémiologie des problèmes de drogues, le Groupe Pompidou a été un précurseur dans le développement de la recherche et de la surveillance des problèmes de drogues en Europe. L'étude multivilles, visant à évaluer, interpréter et comparer les tendances en matière d'usage de drogues en Europe, est l'une de ses principales réalisations. Parmi ses autres contributions importantes, on compte l'expérimentation d'un ensemble d'indicateurs (indicateur de demande de traitement) et d'approches méthodologiques, notamment une méthodologie pour les enquêtes en milieu scolaire, qui a donné naissance à l'ESPAD (projet d'enquête paneuropéenne sur l'alcool et d'autres drogues en milieu scolaire <sup>1</sup>).

Le groupe d'experts en épidémiologie, actif de 1982 à 2004, a été remplacé par la plateforme Recherche. Cela s'est accompagné d'un changement de rôle, de l'élaboration de méthodes de collecte de données et d'observation à l'évaluation de l'impact de la recherche sur la politique. Cette activité a débuté en 2004 avec la tenue de la conférence stratégique sur « Comment rapprocher la recherche, les politiques et les pratiques de terrain – acquis et perspectives », qui a mis en évidence une importante lacune, à savoir le manque de partage des connaissances.

La plateforme Recherche a pour rôle principal d'encourager une meilleure utilisation des données issues de la recherche dans les politiques et les pratiques, facilitant ainsi

---

<sup>1</sup> Voir la liste des documents et des publications du Groupe Pompidou à la fin de la présente publication.

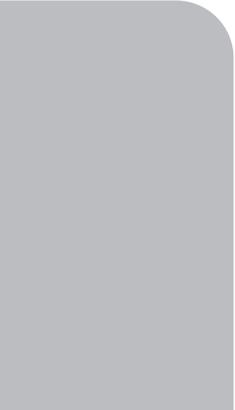
le développement de politiques fondées sur des connaissances scientifiques. Elle donne des informations sur les résultats récents de la recherche sur les drogues dans le domaine social et biomédical, et facilite les échanges entre ces disciplines et la recherche en psychologie. Des rapports sur ces questions sont régulièrement publiés (voir l'annexe).

Conformément au programme de travail 2011-2014 du Groupe Pompidou Group adopté à la Conférence ministérielle de novembre 2010, la plateforme Recherche a été remplacée par des groupes d'experts liés à des thèmes spécifiques examinés dans le cadre de politiques cohérentes. Les travaux entrepris découlent d'une demande initiale que la Grèce a formulée au cours d'une réunion du Réseau méditerranéen et qui concerne la nécessité d'examiner la question de l'éducation et de la formation dans le domaine des addictions. Ces travaux ont débouché sur le présent rapport et sur onze recommandations qui ont pris forme suite aux débats qui ont eu lieu au sein du groupe d'experts.

---

# Table des matières

Les auteurs	4
Le Groupe Pompidou	5
Table des matières	7
<b>1. Généralités</b>	<b>9</b>
<b>2. Objectifs stratégiques</b>	<b>12</b>
<b>3. Cadre politique et juridique international</b>	<b>14</b>
<b>4. Justification scientifique de l'éducation et de la formation dans le domaine de l'addiction</b>	<b>17</b>
<b>5. Proposition de concept général</b>	<b>19</b>
<b>6. Modèle général d'éducation et de formation</b>	<b>24</b>
<b>7. Caractéristiques des programmes de formation à l'addictologie</b>	<b>31</b>
<b>8. Mise en œuvre des politiques et des programmes</b>	<b>43</b>
<b>9. Résumé et recommandations</b>	<b>48</b>
Références	50
Annexe I Texte de la résolution adoptée lors de la 57e session de la CND	55
Annexe II Liste des publications du Groupe Pompidou	58



# Généralités

## 1.1 Le problème

Les troubles liés à l'usage de substances sont un problème de santé que l'on peut prévenir et traiter médicalement et qui ont une grande incidence sur la santé publique et le bien-être économique et social de l'individu et de la société au sens large. Les taux de morbidité et de mortalité qui leur sont liés sont très élevés dans le monde et les substances addictives figurent en bonne place dans le Rapport sur la santé dans le monde de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2009a). Les estimations les plus fiables concernant le nombre de personnes souffrant en Europe d'une dépendance à l'alcool (14,6 millions), aux opiacés (1 million) et au cannabis (1,6 million) (Wittchen et al. 2011) montrent clairement l'ampleur du problème.

Face à l'étendue des problèmes résultant des troubles liés à l'usage de substances, l'offre de programmes et de services n'est pas appropriée, et la couverture des besoins de la population en matière de services de traitement des troubles liés à l'usage de drogues et d'alcool est insuffisante. Dix pour cent seulement des personnes dépendantes des opiacés ont un accès à des soins, et cette minorité est répartie sur les 40% de pays qui fournissent des services de traitement aux usagers de drogue par injection (OMS, 2010). Même dans les pays disposant de ressources importantes, la qualité des services est fréquemment déficiente (McLellan et al. 2003, Haasen et al. 2004).

Comme dans d'autres domaines de la médecine, l'efficacité et l'efficacé des interventions dépend de la disponibilité d'un personnel compétent, dont le professionnalisme découle non seulement d'une formation et d'une éducation scientifiques, mais aussi de la capacité à être en empathie avec le patient et de répondre à ses besoins et attentes. Dans le cas des troubles liés à l'usage de substances, le personnel doit également avoir la capacité d'encourager le patient et de le responsabiliser afin qu'il se prenne en charge (Oliver et al. 2004). La coopération avec des groupes d'auto-assistance améliore les résultats (Humphreys et Moos 2007). Ces compétences peuvent être apprises dans un cadre pédagogique.

La plupart des personnes ayant des problèmes d'usage de substances ne sont pas examinées par des spécialistes, mais plus généralement par des généralistes, dans les services sociaux, les hôpitaux et les salles d'urgence. Ces intervenants ont aussi

besoin d'être familiarisés avec l'utilisation de substances et les troubles liés à leur usage afin de les reconnaître, de fournir des avis utiles, de faire de brèves interventions et d'orienter le patient vers un service spécialisé (Caner et al. 2013). Il s'agit d'un autre type de compétence, tout aussi importante et qui peut, elle aussi, être apprise. Il apparaît donc, et des éléments de plus en plus nombreux le confirment, que tous les prestataires de soins de santé devraient posséder ces compétences. Si un consensus semble s'établir progressivement à ce sujet, force est de constater que toutes les lignes directrices et tous les programmes de formation ne sont pas satisfaisants en ce concerne l'évaluation des résultats (Uchtenhagen et al. 2005). En outre, les études existantes qui décrivent les programmes de formation aux troubles liés à l'usage de substances ont été critiquées parce qu'elles ne présentaient pas suffisamment de données d'évaluation systématique pouvant contribuer à l'élaboration d'approches pédagogiques spécifiques et d'instruments d'évaluation.

## 1.2 Un déficit européen

En ce qui concerne la formation dispensée dans le domaine de l'addiction dans différents pays de la région européenne, l'expérience montre que des normes communes de formation fondées sur des données factuelles sont nécessaires. Le groupe de réflexion I-ThETA<sup>2</sup> a examiné cette question et indiqué que lorsqu'une formation existe, au mieux elle n'est pas coordonnée au niveau national, au pire ce sont des ONG qui sont à l'origine des rares possibilités de formation. La formation aux addictions est rarement intégrée dans les structures de formation officielle, et le domaine de l'addiction se retrouve en marge du système de formation qui existe pour les principales disciplines concernées (psychiatrie, psychologie, aide sociale et soins infirmiers) (Uchtenhagen et al. 2008). En outre, compte tenu des différents cadres législatifs qui régissent les politiques relatives aux drogues et des différentes représentations du phénomène de la drogue dans les cultures nationales, on constate qu'aucune norme minimale n'a encore été mise en place concernant la formation dans le domaine de l'addiction.

Un projet européen récent visant à définir des normes de qualité minimales en matière de réduction de la demande de drogue (EQUUS) a établi des listes de normes minimales à partir de directives nationales et internationales pertinentes et d'autres publications connexes, et soumis ces listes en ligne à un groupe élargi de parties prenantes et durant une conférence européenne. Ce processus de concertation s'est concrétisé par des listes définitives de normes qui ont fait l'objet d'un consensus égal ou supérieur à 80%. Parallèlement, des lacunes significatives dans l'application au niveau national des normes convenues ont été constatées. Il

---

<sup>2</sup> I-ThETA: *International Think Tank – Education and Training on Addiction*

---

conviendra donc de déployer de gros efforts d'éducation et de formation pour que les normes de qualité convenues soient mises en application dans les politiques et interventions en matière de drogues (Uchtenhagen & Schaub 2012).

Des lacunes analogues concernant la formation à l'addictologie sont décrites aux Etats-Unis (Isaacson et al. 2000, Rasyidi, Wilkins and Danovich 2012).

### **1.3 Mandat du groupe de travail sur les programmes d'addictologie**

Ce groupe a été institué suite à un appel à la création d'un diplôme en addictologie pour répondre aux besoins de formation du personnel médical et paramédical en Europe et dans la région méditerranéenne. Cet appel a été lancé par le correspondant permanent de la Grèce durant une réunion du MedNET en juin 2011. Il a été suggéré que cette question de la formation aux addictions ne soit pas traitée uniquement par les Etats membres du MedNET mais aussi par d'autres Etats membres du Groupe Pomicidou qui seraient intéressés par ce thème.

Au cours de la première réunion du groupe de travail en octobre 2011, durant laquelle la question des programmes d'addictologie existants dans les différents pays était examinée, il est apparu que tous les pays présents n'étaient pas en mesure de répondre de manière satisfaisante aux besoins de ceux qui interviennent dans le domaine de l'addiction.

Les participants à la réunion sont donc convenus de se mobiliser pour élaborer le cadre de référence permettant d'aborder la question de l'éducation et de la formation à une politique en matière de drogue telle qu'elle a été formulée. Cette proposition de travail a été acceptée par le comité MedNET à Bruxelles en novembre 2011.

Le présent groupe d'experts a suivi le projet de travail/cadre de référence, qui a été soumis pour approbation aux correspondants permanents du Groupe Pomicidou.

Selon la proposition, le groupe doit élaborer un cadre qui incorpore l'objectif d'éducation et de formation dans les politiques et pratiques pertinentes (voir mandat P-PG/Res/Education (PG 2011)).

# Objectifs stratégiques

Compte tenu des différents cadres législatifs qui régissent les politiques en matière de drogues, de la diversité des cultures nationales et des représentations qui en résultent du phénomène de la drogue, ainsi que des systèmes de formation existants et des progrès accomplis dans la formation aux addictions, il est apparu rapidement que le groupe n'était pas seulement en mesure de rédiger des projets de recommandations pour un programme de formation mais que sa contribution pouvait être beaucoup plus importante. Le groupe de travail a donc décidé de poursuivre trois objectifs stratégiques.

## 2.1 Intégration des programmes d'addictologie au niveau national

Le premier objectif est de faire en sorte que le thème de l'éducation et de la formation soit une priorité dans les politiques poursuivies par les pays en matière de drogue, et d'intégrer ces programmes dans leurs systèmes éducatifs. Il s'agit d'un objectif à long terme mais qui devrait garantir la pérennité des résultats.

## 2.2 Concept général pour une politique nationale de formation

Le deuxième objectif est d'élaborer un concept général qui décrit les différents éléments pris en compte dans la formulation d'une politique de formation nationale. Le présent document, qui souligne les différents enjeux stratégiques, doit servir de cadre de référence à ceux qui élaborent ces politiques sur le plan national. Il devrait faciliter l'élaboration d'une politique de formation à long terme et flexible qui prend en compte les différents contextes nationaux.

---

## 2.3 Intégration des programmes d'addictologie au niveau de l'UE

Enfin, le troisième objectif est d'encourager l'UE à inclure le thème de la formation à l'addiction dans la nouvelle stratégie de l'UE en matière de drogue, en prenant pour base, si possible, le document rédigé par le groupe de travail.

A ce jour, le groupe de travail sur l'introduction de l'éducation et de la formation dans le domaine de l'addiction a réussi, par l'intermédiaire du professeur Meni Malliori, correspondant permanent de la Grèce, à influencer sur la nouvelle stratégie 2013-2020 de l'UE en matière de drogue, adoptée le 11 décembre 2012, qui énonce au point 28.8 qu'il faut: « assurer et renforcer la formation des professionnels intervenant dans les questions liées à la drogue, tant dans le domaine de la réduction de la demande de drogue que dans celui de la réduction de l'offre » (UE, 2012).

# Cadre politique et juridique international

## 3.1 Base juridique: les conventions des Nations Unies

S'agissant de l'abus de stupéfiants, l'article 38 de la Convention unique de 1961 invite instamment les signataires à prendre « toutes les mesures possibles pour le prévenir et pour assurer le prompt dépistage, le traitement, l'éducation, la postcure, la réadaptation et la réintégration sociale des personnes intéressées » (Nations Unies, 1961).

Concernant la présence d'un personnel formé de manière adéquate pour accomplir les tâches spécialisées requises dans le domaine des addictions, la Convention des Nations Unies de 1971, notamment l'article 20, énonce ce qui suit (Nations Unies, 1971):

1. Les Parties prendront toutes les mesures susceptibles de prévenir l'abus des substances psychotropes et assurer le prompt dépistage ainsi que le traitement, l'éducation, la postcure, la réadaptation et la réintégration sociale des personnes intéressées; elles coordonneront leurs efforts à cette fin.
2. Les Parties favoriseront, autant que possible, la formation d'un personnel pour assurer le traitement, la postcure, la réadaptation et la réintégration sociale des personnes qui abusent de substances psychotropes.
3. Les Parties aideront les personnes qui en ont besoin dans l'exercice de leur profession à acquérir la connaissance des problèmes posés par l'abus des substances psychotropes et par sa prévention, et elles développeront aussi cette connaissance parmi le grand public s'il y a lieu de craindre que l'abus de ces substances ne se répande très largement.

La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant vise à protéger les enfants contre l'utilisation de substances psychoactives (Nations Unies, 1988) et la Convention relative aux droits des personnes handicapées (Nations Unies, 2006) inclut un certain nombre de droits, dont le droit à la santé.

### 3.2 Base déontologique: droits de l'homme (Conseil de l'Europe)

Une politique d'éducation et de formation doit aussi être fondée sur le respect des droits de l'homme. L'élément essentiel à prendre ici en considération est la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, telle que proposée par le Conseil de l'Europe en 1951 (CE, 1951). La convention souligne, dans plusieurs articles, les principes essentiels qui visent à protéger l'individu par l'état de droit, à savoir le droit à la vie, l'interdiction des traitements inhumains ou dégradants, de l'esclavage et du travail forcé, ainsi que la discrimination dans un certain nombre de domaines (articles, 2, 3, 4, et 14).

En outre, la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine, introduite par le Conseil de l'Europe en 1997, vise à protéger la « dignité et l'identité » de tous les êtres humains et à respecter les droits et libertés concernant l'application de la biologie et de la médecine, ce qui suppose un « accès équitable aux soins de santé » et le « consentement libre et éclairé » (CE, 1997).

Ces conventions justifient donc le développement de ressources éducatives qui fourniront aux usagers de substances psychoactives le service dont ils ont besoin et qui sera considéré comme un droit et non comme une question secondaire. Il convient donc de disposer, pour fournir de tels services, qu'ils soient primaires, secondaires ou tertiaires, d'un personnel formé aux différents niveaux d'expertise afin de s'assurer que chaque service est pris en charge par un personnel possédant les compétences requises.

### 3.3 Droits aux normes de santé (Déclaration universelle des droits de l'homme, Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, OMS)

La Déclaration universelle des droits de l'homme (Nations Unies, 1948) prévoit, parmi un certain nombre de conditions pertinentes, le droit à un accès équitable aux soins médicaux et aux services sociaux (article 25/1),

L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et économiques énonce ce qui suit (Nations Unies, 1976):

1. Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.
2. Les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer:

- a) la diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant;
- b) l'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle;
- c) la prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies;
- d) la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

sociaux ne peuvent pas être concrétisés en pratique sans une éducation et une formation, partagées et adaptées, des professionnels concernés. Cependant, un rapport de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé adressé à la Commission européenne mentionne que la formation seule ne produit qu'un retour sur investissement assez faible, et qu'il faut s'efforcer de procéder à des changements organisationnels qui facilitent l'utilisation à plus grande échelle de soins fondés sur des connaissances validées qui amélioreront la santé de la population, que les interventions concernées soient préventives ou curatives. Il est également nécessaire, dans de nombreux pays, de réorienter la formation des infirmières et des médecins afin de mettre un accent plus marqué sur la prévention.

Le Rapport sur la santé dans le monde 2006 est consacré aux problèmes et principes du développement professionnel dans les services de santé. Il mentionne la nécessité d'une formation appropriée et d'une éducation continue ainsi que d'autres éléments à prendre en compte. Au chapitre 2 sur les « besoins sanitaires urgents », il énumère comme suit certains des principaux problèmes (OMS, 2006):

- une formation inappropriée ou inadéquate, et des programmes d'études qui ne sont pas adaptés aux besoins ;
- un accès médiocre aux connaissances et aux informations ;
- une répartition inégale des intervenants aux différents niveaux de la fourniture de services, depuis les responsables de programmes au niveau national au personnel œuvrant dans les établissements de santé ;
- des politiques et des pratiques médiocres en matière de développement des ressources humaines (filières professionnelles peu structurées, conditions de travail et rémunérations médiocres) ;
- un manque de soutien de l'encadrement ;
- un manque d'intégration des services avec le secteur privé.

Le Plan d'action de l'OMS pour la période 2006-2015 préconise : « de mettre au service des systèmes nationaux de santé un personnel très performant capable de faire face aux problèmes actuels et à venir. Cela signifie que chaque pays devra avoir mis en œuvre ses plans stratégiques nationaux et s'être attelé à l'élaboration de plans pour l'avenir en faisant fond sur de solides moyens nationaux. Au niveau mondial, un ensemble de principes directeurs basés sur l'expérience concrète devrait assurer le respect des règles de bonne pratique par le personnel sanitaire » (OMS, 2006).

# Justification scientifique de l'éducation et de la formation dans le domaine de l'addiction

## 4.1 Rôle des connaissances scientifiques

L'éducation et la formation ne sont pas un but en soi. Elles sont déterminantes pour obtenir de bons résultats en matière de prévention et de traitement. Cela suppose d'examiner et d'actualiser constamment les connaissances scientifiques sur l'efficacité et l'efficience des approches, méthodes et programmes utilisés dans la prévention et le traitement. Elles peuvent ainsi servir de base à l'élaboration de bonnes pratiques prometteuses. Cependant, chaque pays devra faire des choix entre les approches et programmes, selon le type et la prévalence des problèmes liés aux drogues et la disponibilité et la structure des services sociaux et sanitaires. Il convient donc, en matière d'éducation et formation, de prendre en compte deux tâches : développer les compétences des intervenants en s'appuyant sur les connaissances scientifiques, et adapter les approches et programmes aux ressources disponibles.

## 4.2 Evaluations des connaissances scientifiques

Le corpus des connaissances scientifiques sur la prévention et le traitement a considérablement augmenté au cours des dernières décennies. Parallèlement, les méthodes thérapeutiques et préventives se sont diversifiées. Les résultats de la recherche sont parfois contestés, selon la variabilité des populations cibles, les procédures méthodologiques et l'interprétation des résultats. Des normes rigoureuses ont dû être élaborées pour analyser les études, établir des méthodes méta-analytiques, et comparer de nombreuses études de manière systématique. Sur le

plan international, deux organisations ont été créées pour examiner et analyser les études d'évaluation retenues pour leur méthodologie rigoureuse : The Cochrane Collaboration et The Campbell Collaboration (les liens vers ces organisations figurent dans la section Références ci-dessous).

The Cochrane Collaboration met l'accent sur l'évaluation des traitements médicaux, tandis que The Campbell Collaboration s'intéresse principalement aux interventions sociales. Les deux organisations ont publié leurs évaluations dans leurs bibliothèques en ligne respectives. Un nombre croissant d'entre elles concerne les traitements psychosociaux et pharmacologiques des addictions et leurs résultats.

Toutes les questions liées à la prévention et au traitement n'ont pas été étudiées, ou ne peuvent pas l'être, avec la méthodologie comparative la plus rigoureuse, à savoir les essais contrôlés randomisés. Un programme de classement des données validées (groupe de travail GRADE, 2004) permet de classer les résultats de la recherche en fonction de leur valeur scientifique et facilite l'inclusion d'études méthodologiques différentes dans une évaluation globale qui peut être utilisée comme ligne directrice pour l'élaboration de bonnes pratiques. On citera à ce sujet les lignes directrices internationales de l'OMS sur les traitements pharmacologiques psychosocialement assistés de la dépendance aux opiacés, dont les recommandations, ainsi que les données factuelles qui les sous-tendent, sont classées et modulées (OMS, 2009b).

De nombreuses lignes directrices ne sont pas – ou pas uniquement – fondées sur des données scientifiques, mais sur des avis et l'expérience d'experts. Elles peuvent donc être partiales et critiquables. Afin d'éviter, dans la mesure du possible, ces inconvénients, des méthodes strictes ont aussi été élaborées pour établir un consensus entre les experts et obtenir une représentation fidèle de l'expérience clinique. Un exemple à cet égard est celui des normes de qualité pour la prévention de l'usage de drogue, élaborées sur la base de la méthodologie AGREE II (AGREE II, 2009).

### **4.3 Consensus sur les normes minimales d'intervention (projet EQUUS)**

L'UE s'est employée à définir des normes de qualité minimales relatives à la réduction de la demande de drogue. En effet, le projet EQUUS, qui mettait l'accent sur la question de la qualité, a débouché sur l'établissement d'une liste finale de normes minimales. Cette liste comprend 33 normes pour la prévention, 22 normes pour le traitement et la réadaptation, et 16 normes pour la réduction des dommages. Les normes de prévention P6 et P23, les normes de traitement et de réadaptation TR6, TRs15 et TRi15, et les normes de réduction des dommages HR2 et HR11 font référence à la présence d'un personnel qualifié capable de fournir les services en question (Uchtenhagen et Schaub 2011). L'UE devrait fournir des crédits pour faciliter la mise en œuvre de ces normes minimales de qualité en 2013, car elles n'ont pas encore été mises en place.

# Proposition de concept général

## 5.1 Compréhension des troubles liés à l'usage de substances et options thérapeutiques

Il n'y a pas de compréhension uniforme de la conduite addictive. De nombreux modèles s'appliquent ici : l'usage de substances psychotropes peut être considéré comme une automédication pour soulager des symptômes (Khantzian, 1997), une variante particulière d'auto-manipulation adaptant l'usage à un état de conscience souhaité, ou un élément déterminant de valorisation de soi qui optimise les fonctions et les produits (Harris, 2007). L'usage de substances peut aussi être assimilé à un phénomène lié au mode de vie. Il s'agirait dans ce sens d'une forme de « consumérisme » ou d'une expression d'une identité sous-culturelle. A l'opposé, l'addiction peut être considérée comme une maladie cérébrale, l'usage répété de substances entraînant des modifications structurelles du cerveau (Leshner, 1997), ou comme un modèle de vulnérabilité au stress qui met l'accent sur l'impact de facteurs environnementaux et génétiques sur les modifications du cerveau (Volkow et al. 2004). Tous ces paradigmes reposent sur des connaissances scientifiques et ont une incidence sur le choix des options thérapeutiques. Des efforts ont été déployés pour élaborer une théorie générale de l'addiction qui ferait l'objet d'un consensus global et rassemblerait les divers éléments dans un cadre de synthèse (West 2006). Par ailleurs, les différentes trajectoires de l'addiction dans les sociétés contemporaines et leurs conséquences ont été analysées (Raikhel et Garriott 2013). Enfin il apparaît également que la comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques est courante dans le domaine de l'addiction, car deux tiers environ des cas présentent une condition de comorbidité.

Considérer que l'addiction est un trouble chronique et récurrent a des conséquences pour les stratégies d'intervention (McLellan et al. 2000), la perception et l'acceptation de la communauté, l'élaboration de politiques et l'accès aux soins. Cependant, les données validées relatives à la guérison spontanée de la dépendance à la drogue encouragent les interventions mettant l'accent sur les facteurs favorisant

l'auto-assistance (Klingeman et Sobell 2007), et des enseignements peuvent être tirés pour mettre en place des approches de traitement efficaces.

Cela signifie, en substance, que le comportement addictif n'est pas homogène en ce qui concerne les facteurs de causalité, les constellations de risques et le potentiel de guérison. Chaque cas doit être considéré sous l'angle des besoins individuels et de la réactivité. L'éducation et la formation doivent permettre aux professionnels de comprendre cette diversité sans préjugés inutiles, et d'obtenir une vision élargie des parcours qui mènent à des conditions favorables à l'usage de drogues et des parcours qui permettent d'en sortir.

## 5.2 Adaptabilité du concept aux contextes nationaux

**Une politique d'éducation et de formation devrait faire partie intégrante d'une politique nationale relative aux drogues, comme le montre l'exemple de la nouvelle stratégie de l'UE 2013-2020 en matière de drogues. Au mieux, elle est inscrite dans la législation nationale, comme en Suisse, par exemple.** La formation des professionnels chargés des questions d'addiction aux drogues est un élément clé de la professionnalisation dans ce domaine.

Une politique d'éducation et de formation doit être adaptée au contexte structurel et législatif de chaque pays. La question de savoir, par exemple, si un système de formation doit contribuer à créer une nouvelle profession (addictologue) ou s'il doit donner de nouveaux outils aux professions déjà engagées dans ce domaine afin d'ajouter de nouvelles compétences en matière d'addiction, est une décision qui relève de la politique nationale.

En conséquence, une politique de formation devrait être fondée sur l'analyse du contexte national spécifique et des besoins de formation dans un pays donné.

## 5.3 Participation de tous les acteurs de la prévention et du traitement

Seule une approche globale faisant intervenir tous les types d'acteurs peut prendre en compte les efforts de prévention, le dépistage et les interventions précoces, le soutien aux programmes de traitement et de réadaptation, et l'acceptation des toxicomanes comme candidats potentiels à la réintégration dans le marché du travail et à la réinsertion dans la société.

Une politique nationale de formation devrait donc viser quatre publics cibles : les professionnels qui consacrent tout leur temps aux patients dépendants (spécialistes en addiction ou addictologues), les professionnels qui sont ponctuellement concernés par des patients dépendants (par exemple les médecins généralistes,

les praticiens des services d'urgence, les travailleurs sociaux, les infirmières dans un hôpital général, les agents de police, les enseignants et le personnel carcéral), les travailleurs bénévoles, les homologues de la société civile et de l'église, par exemple, ainsi que les membres de la société en général.

Cette approche reflète l'idée que l'addiction affecte essentiellement toutes les couches de la société et ne peut pas être déléguée qu'à des spécialistes.

## 5.4 Diversité des traitements et besoins thérapeutiques

Chaque société et chaque culture peuvent présenter un tableau composite de comportements addictifs. Certaines sont plus influencées par l'alcool, d'autres par des drogues illégales ou le tabac. Les données épidémiologiques fournissent des informations sur la nature du problème qu'il serait souhaitable de traiter en premier, ce qui aura une incidence sur la stratégie de formation qui sera choisie.

A l'heure actuelle, les priorités concernant les approches de prévention et de traitement sont aussi déterminées par les comportements traditionnels et les préférences idéologiques. On peut le voir notamment dans les préférences relatives à la prévention, au traitement, à la réduction des dommages ou à la répression. En Europe, cependant, ces différences sont en passe d'être remplacées par une politique plus uniforme, telle que celle qui est proposée par les stratégies et les plans d'action de l'UE en matière de drogues. Une analyse de la situation est fournie dans les rapports annuels de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) sur la base des informations communiquées par les points de contact nationaux (OEDT, 2012).

Le besoin d'interventions préventives dépend largement des données épidémiologiques (incidence et prévalence des comportements addictifs, type de populations à risque) et de la connaissance qualitative des comportements des populations cibles. Ces indicateurs permettent d'établir des priorités pour les futurs types de prévention (prévention universelle, ciblée ou indicative).

Le type et l'étendue des besoins de traitement dépendent aussi de la situation spécifique qui prévaut au niveau national. Ils peuvent être évalués approximativement en comparant les données thérapeutiques et épidémiologiques, mais aussi en tenant compte des données collectées par la police, des données figurant sur les listes d'attente, et des informations provenant d'informateurs clés. En général, plus le spectre des approches préventives et thérapeutiques est large, plus les personnes présentant des comportements addictifs seront susceptibles d'être approchées et accepteront une thérapie acceptable.

Le besoin d'approches de réduction des dommages est principalement déterminé par les conséquences négatives répertoriées de l'usage et de l'abus

de drogues dans un pays. Les conséquences tant sanitaires que sociales doivent être ici prises en compte.

Il est recommandé d'adapter l'éducation et la formation aux priorités formulées et aux besoins d'interventions recensés sur le plan national.

## 5.5 Un modèle continu d'interventions

Des approches et des programmes de traitement, ainsi que des programmes de prévention, ont été élaborés dans la plupart des pays pour répondre aux besoins, sans planification systématique au niveau national, mais dans le cadre d'un marché concurrentiel. Cette situation a inévitablement contribué à attiser les luttes pratiques et idéologiques. Les meilleurs exemples connus sont les controverses opposant les traitements fondés sur l'abstinence et les traitements par agoniste de la dépendance aux opiacés, les approches axées sur la guérison et les approches de réduction des dommages, et les programmes visant une abstinence totale et ceux qui cherchent à réduire et à modifier le mode et l'importance de la consommation.

Les résultats issus de la recherche montrent de plus en plus qu'il vaut mieux utiliser des approches complémentaires qu'une seule approche exclusive. Les personnes qui adoptent des comportements addictifs sont si diverses qu'il est nécessaire d'utiliser des approches différentes, et la question fondamentale, dès lors, n'est plus « quelle est la meilleure approche ? » mais « qu'est-ce qui est bon pour qui ? ». Le concept de système de services intégrés découle de ces interrogations.

Le modèle britannique de système intégré des services de traitement de la toxicomanie, élaboré par la fondation Beckley (Stevens et al. 2006) en est un bon exemple. Ce service comprend en effet toute une série d'approches, de celles visant à réduire les dommages par des interventions à bas seuil aux programmes de traitement structuré. Il souligne également le besoin de coordination.

Les programmes éducatifs devront être conçus sur la base des principes présentés ci-dessus.

## 5.6 Une procédure par étapes

On pourrait commencer par élaborer une politique nationale d'éducation et de formation en analysant la situation actuelle et en recensant les besoins prioritaires. On définirait ensuite un modèle d'interventions répondant aux besoins prioritaires, en privilégiant les approches évaluées et bien documentées. L'expérimentation et l'évaluation rigoureuse des essais effectués pourraient être utiles afin de relever les défis particuliers qui pourraient se poser.

Les problèmes liés aux comportements addictifs évolueront avec le temps : de nouvelles substances, de nouveaux modes de consommation et préférences, et de nouvelles populations cibles peuvent apparaître. Les réponses thérapeutiques et préventives doivent pouvoir être adaptées afin de répondre aux nouveaux problèmes, et l'éducation et la formation doivent préparer tous les acteurs en conséquence.

# Modèle général d'éducation et de formation

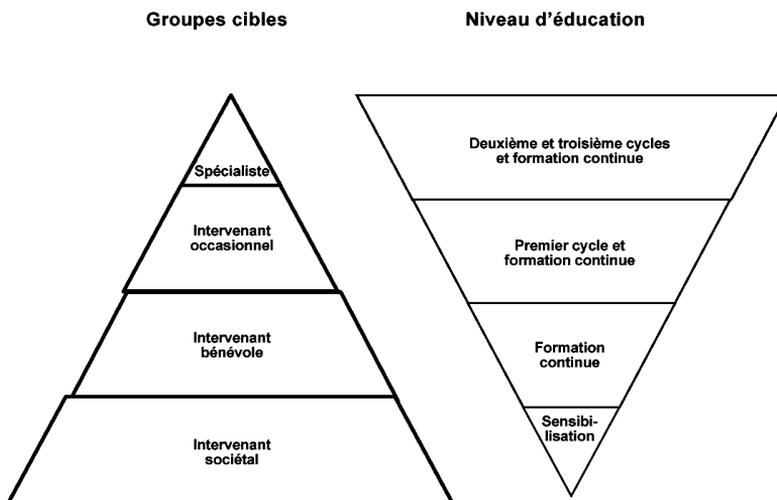
## 6.1 Pourquoi un modèle général ?

Ces hypothèses aboutissent toutes à la même conclusion : aucun programme d'éducation et de formation ne parviendra à lui seul à régler les problèmes spécifiques de chaque pays. Le groupe de travail a donc décidé de ne pas présenter un programme de formation fixe, mais d'élaborer un modèle général visant à établir une politique d'éducation et de formation à long terme qui souligne les différents éléments à prendre en compte et qui peut être utilisée comme référence pour l'élaboration d'une politique semblable dans chaque pays.

## 6.2 Modèle hiérarchique des groupes cibles et du niveau d'éducation

Le modèle général souligne que tous les groupes cibles doivent être pris en compte, mais à des niveaux de connaissance et de compétence différents. On commence à la base par une compréhension générale du phénomène de l'addiction par les acteurs importants de la société, comme les hommes politiques, les responsables des politiques, les journalistes, etc., et on remonte jusqu'aux spécialistes de l'addiction qui doivent avoir toutes les connaissances et les compétences en matière de prévention, de traitement et de réduction des dommages. D'autres professionnels concernés, qui s'occupent ponctuellement de patients dépendants dans le cadre de leur fonction spécifique, par exemple les infirmières dans un hôpital général, les travailleurs sociaux dans une organisation pour les chômeurs, ou des bénévoles d'une église travaillant dans une organisation d'aide aux sans domicile fixe, ont besoin de recevoir une formation appropriée. L'OMS insiste depuis longtemps sur l'importance des généralistes bien formés (non spécialistes) dans le domaine des soins de santé (OMS, 1996).

Le modèle général ne signifie pas que chaque groupe cible doit être pris en charge en même temps. Chaque politique nationale définira ses propres priorités. Le modèle général donne une vue d'ensemble et un cadre.



### 6.3 Définition des groupes cibles et des niveaux d'éducation

Un **spécialiste** est un professionnel qui travaille exclusivement dans le domaine de l'addiction. Les spécialistes ont généralement un diplôme universitaire (premier et deuxième cycles) dans les domaines de la médecine, de l'aide sociale, de la psychologie, des soins infirmiers ou d'autres disciplines (soins de santé/sciences sociales) ainsi qu'un diplôme de troisième cycle nécessaire dans les domaines concernés. Les spécialistes ont besoin d'une formation continue afin d'actualiser leurs connaissances en matière scientifique et d'interventions possibles. Trois niveaux d'enseignement s'appliquent :

- **L'enseignement de premier cycle** concerne l'enseignement de base dans les principaux domaines professionnels qui visent directement ou ponctuellement les patients souffrant d'addiction : la médecine, l'aide sociale, la psychologie, les soins infirmiers, etc. Des aspects spécifiques de l'addiction (médicaux, psychologiques, sociaux) peuvent être plus ou

moins mis en évidence en fonction de chaque spécialité. Cet enseignement doit aussi traiter le modèle bio-psycho-social de l'addiction. Il fournira ainsi aux étudiants une approche plus complète et précise des addictions en général, s'efforcera d'atténuer les préjugés liés aux addictions (ce qui est une priorité, au moins parmi les spécialistes). Il renforcera la sensibilisation des étudiants aux addictions et leur intérêt pour ce domaine, et leur donnera éventuellement l'envie de continuer à y travailler.

- **L'enseignement de deuxième et troisième cycles** s'applique à des programmes d'études spécialisés sur l'addiction qui suivent l'enseignement de base dispensé dans le premier cycle et concerne principalement l'aide sociale, la psychologie et les soins infirmiers. Les programmes d'études de deuxième et troisième cycles – selon le modèle européen de Bologne – peuvent être d'un niveau différent et déboucher sur un certificat, un diplôme ou une maîtrise. Les principaux objectifs poursuivis sont de renforcer les connaissances sur les substances psychotropes et les interventions s'y rattachant, les aptitudes à l'évaluation, la planification et l'exécution d'interventions, et les attitudes et comportements appropriés.
- **La formation continue** s'applique à toutes les formes de cours, ateliers, participation à des conférences, etc. Ces formations de brève durée ne donnent pas de qualifications particulières, mais transmettent des connaissances et des compétences sur des questions spécifiques. Pour certains spécialistes, la formation continue est obligatoire, mesurée par des crédits, sans lesquels ils ne peuvent pas conserver leur spécialisation.

Il convient de remarquer que la situation diffère selon le système éducatif du pays. En République tchèque, par exemple, les spécialistes reçoivent un enseignement de premier cycle dans un centre spécialisé dans le domaine de l'addiction, alors qu'en Suisse, les cours sur l'addiction sont dispensés au niveau du deuxième et du troisième cycle. Un certificat, un diplôme ou une maîtrise sont délivrés par les universités de sciences appliquées.

Un intervenant **occasionnel** est une personne qui travaille comme travailleur social, infirmière, psychologue, psychiatre, médecin généraliste, responsable de politiques, juge, fonctionnaire, policier, etc., et qui est confrontée à l'occasion dans ses fonctions par des individus ayant des problèmes d'addiction. Deux niveaux d'enseignement s'appliquent :

- **L'enseignement de premier cycle**, qui donne les principes de base pour comprendre le phénomène de l'addiction, être à l'écoute des patients ou des clients, et posséder les compétences requises par le poste. Les principales qualifications permettent de reconnaître les problèmes liés à l'abus de l'usage de drogue ou au comportement addictif, de donner des avis et, éventuellement, d'intervenir rapidement, et de connaître les indications et les procédures pour aiguiller le patient vers un spécialiste.

- **La formation continue** actualise les connaissances de l'intervenant en donnant de nouvelles informations sur des questions étudiées au cours du premier cycle d'enseignement, ou lui donne les connaissances complémentaires nécessaires pour qu'il reste compétent et professionnel dans son poste.

Un intervenant **bénévole** est une personne qui aide les toxicomanes pour différents motifs d'ordre personnel et qui consacre du temps à une organisation active dans ce domaine. Dans l'idéal, ce type de personne aura suivi des cours de formation continue sur la fonction et les tâches requises.

- **La formation continue** permet principalement à ces personnes d'adopter des comportements sans préjugés à l'égard des personnes présentant des problèmes liés à l'usage de substances, d'être à l'écoute, sans crainte, de leurs problèmes, et de coopérer efficacement avec les intervenants occasionnels et les spécialistes.

**Sociétal** est un terme générique qui caractérise tous les types de personnes qui ne sont pas directement confrontées aux toxicomanes dans leur vie professionnelle (trois premiers groupes cibles) mais qui traitent des questions d'addiction. Il s'agit, par exemple, d'un journaliste, d'un juriste qui rédige une loi, d'une personne participant à la planification ou la supervision d'un service, d'un homme politique ou d'autres personnes qui ont des activités en rapport avec le traitement des toxicomanes. Ces personnes ont besoin de certaines informations de base liées à leurs fonctions et tâches sociétales, afin de mieux connaître les problèmes potentiels et existants.

- **La sensibilisation** s'applique à toutes les formes de communication visant à mieux faire comprendre le phénomène de l'addiction aux groupes cibles susmentionnés. Elle concerne également les activités de plaidoyer.
- **La formation continue** des groupes d'intervenants sociétaux spécifiques est centrée sur les fonctions particulières des membres de la société (par exemple, les responsables de politiques, les membres du parlement) aux fins d'examiner les problèmes relatifs aux addictions et d'élaborer des mesures à leur égard.

## 6.4 Prestataires d'éducation et de formation

L'éducation et la formation sont dispensées par des structures et organisations différentes. Selon une enquête européenne réalisée en 2004, les associations professionnelles et les universités jouent un rôle dominant dans l'élaboration des programmes éducatifs, et les prestataires évoluent plutôt dans un marché libre que dans une structure dirigée (Uchtenhagen et al. 2008). Il semble qu'un déficit existe dans ce domaine et que les organisations publiques consacrent de plus en plus de ressources pour combler les lacunes dans un certain nombre de pays. La question

qui se pose ici est celle de la reconnaissance et du type d'infrastructure qui permet à ces initiatives de s'inscrire dans le système d'éducation.

En ce qui concerne le modèle général, il convient de noter que les universités (établissements d'enseignement supérieur) ou les universités de sciences appliquées (enseignement professionnel supérieur) sont appropriées pour les programmes d'études de premier, de deuxième et de troisième cycle. Les ONG ou les associations professionnelles sont mieux armées pour la formation continue. Pour savoir quel prestataire est le mieux adapté, il faut examiner les critères suivants en :

- plaçant le cours sur la carte éducative (légitimité, niveau d'enseignement, etc.) ;
- plaçant le domaine de l'addiction sur la carte professionnelle.

## 6.5 Déterminer les besoins d'éducation et de formation

Une analyse des besoins devra être prise en compte lors de l'évaluation du niveau d'éducation de ceux qui fournissent des services de prévention, de traitement, de réduction des dommages et de réintégration sociale. Différentes méthodes existent pour effectuer une analyse des besoins. Celle-ci peut être réalisée à différents niveaux, en fonction de ce qui existe déjà sur le marché : au niveau le plus élevé pour élaborer une politique d'éducation ou au niveau le plus bas pour créer un cours ou un programme d'études.

Il convient de répondre aux questions suivantes, selon le niveau :

- Qui est le groupe cible, et quelle est la taille de ce groupe ?
- Quel est le niveau d'éducation requis ?
- Quels fonctions et domaines d'activité sont-ils visés ?
- Quelles sont les compétences clés des fonctions ou des activités concernées ?
- Quelles sont les institutions qui peuvent être des prestataires potentiels ?

Il n'existe à l'heure actuelle aucun instrument d'évaluation des besoins qui fasse l'objet d'un consensus dans ce domaine. Il conviendrait donc d'élaborer, d'expérimenter et d'évaluer de tels instruments. Cela serait utile et contribuerait aux objectifs généraux de cette initiative.

## 6.6 Méthodes utilisées pour l'éducation et la formation

La littérature spécialisée propose un large éventail de méthodes d'éducation pour former le personnel médical et paramédical dans le domaine des troubles liés à l'usage des substances. Sur toutes les stratégies pédagogiques examinées, certaines ont

montré que les différentes interventions avaient la même efficacité pour améliorer les résultats à court terme. En général, les modalités les plus efficaces sont celles qui sont actives et liées à l'expérience, telles que le jeu de rôle structuré avec des patients standards qui font fonction d'instructeurs. Ces conclusions coïncident avec les publications pédagogiques et médicales sur le tabac, qui indiquent que les programmes d'études centrés sur la pratique active des compétences sont plus efficaces que les méthodes pédagogiques passives. Le type de programme d'enseignement le plus courant dans le domaine des troubles liés à l'usage de substances est une série de cours théoriques dispensés sur une période assez longue et discontinuée et complétés par une immersion pratique dans un centre spécialisé. Les cours dispensés sur une longue période semblent efficaces pour les professionnels de santé qui sont des formateurs à temps partiel.

Il apparaît également que :

- Les programmes intensifs et par immersion (par exemple, une semaine de participation à une série d'activités menées dans le cadre d'un programme de traitement lié à l'abus d'alcool et de drogue) semblent améliorer la considération portée aux patients souffrant d'alcoolisme et de troubles liés à l'usage de substances, ce qui est un élément important de l'efficacité des soins fournis à cette population.
- Les cours informatisés, qui sont adaptés et pratiques, peuvent contribuer efficacement à l'amélioration des connaissances et de la motivation, et inciter l'intéressé à en savoir plus sur les troubles liés à l'usage de substances. Cette stratégie pédagogique est facile à appliquer à un grand nombre d'apprenants, ce qui accroît son impact.
- Les programmes d'études portant sur les troubles liés à l'usage de drogue doivent traiter tous les aspects de ce domaine. Plus le cours est complet, plus les connaissances acquises sont importantes. Conserver les connaissances et les compétences dépend beaucoup de la capacité à pratiquer sur le terrain. Les professionnels qui s'inscrivent tôt à des programmes spécialisés sont susceptibles d'être les plus efficaces. En outre, la formation d'anciens toxicomanes/usagers de drogue est aussi un aspect qu'il faut intégrer compte tenu de leur expérience et de leur volonté de participer à des activités de prévention et de traitement de la toxicomanie.

## 6.7 Evaluation et contrôle de la qualité

Le but principal des programmes d'études portant sur les troubles liés à l'usage de substances est d'améliorer les connaissances, les compétences et l'auto-efficacité des personnes formées. Ces programmes se sont améliorés au cours de la dernière décennie, eu égard notamment aux innovations génétiques, neurobiologiques et épidémiologiques. Notons également qu'une attention particulière a été portée à

l'élaboration d'une pratique d'éducation et d'enseignement fondée sur des connaissances scientifiques.

En principe, une évaluation peut être effectuée à différents niveaux, en fonction des réactions, des résultats de l'apprentissage, des comportements et des résultats/effets (Kirkpatrick 1998). Dans la pratique, les outils et instruments utilisés pour évaluer les formations aux troubles liés à l'usage de substances reposent principalement sur la satisfaction des apprenants. Une exception, centrée sur l'impact de la formation sur le travail et le statut des apprenants, est à noter en Allemagne (Meyer, 2004). De nombreuses grilles d'évaluation ont été utilisées pour mesurer le degré de satisfaction, mais d'autres travaux sont nécessaires pour établir la fiabilité, la validité et la viabilité de ces instruments. Des outils simples peuvent cependant être utilisés pour évaluer un cours ou un diplôme :

*Résultats immédiats:*

- le nombre d'apprenants inscrits ;
- le taux d'exigences satisfaites ;
- la satisfaction des apprenants concernant les différents cours ;
- la satisfaction des apprenants concernant la formation pratique.

*Résultats à moyen terme:*

- Mise en commun, étayée par des documents, des connaissances et des compétences avec le personnel sur le lieu de travail ;
- Applicabilité, étayée par des documents, dans la pratique quotidienne sur le lieu de travail.

*Résultats à long terme :*

- Résultats de la formation en termes d'impact sur la carrière professionnelle, les possibilités d'emploi, l'orientation professionnelle, etc. ;
- Résultats de la formation en termes de réponse positive aux problèmes de santé publique (reconnaissance de la valeur de la formation, emploi des nouveaux apprenants qualifiés, etc.) ;
- Valeur ajoutée de la formation aux yeux des professionnels et des responsables de l'élaboration des politiques.

Dans un contexte européen, l'évaluation de la formation continue bénéficierait de l'apport d'un instrument standard mesurant les divers résultats à des échéances définies, ce qui permettrait d'obtenir des données comparatives permettant d'apporter des améliorations ultérieures. Il n'existe aucun instrument de ce type à l'heure actuelle. Son élaboration, expérimentation et évaluation contribueraient de manière positive aux objectifs généraux de la présente initiative.

# Caractéristiques des programmes de formation à l'addictologie

## 7.1 Programmes d'études de premier cycle

Chacun des programmes d'étude des quatre professions principales concernées par l'addiction (médecine, aide sociale, soins infirmiers et psychologie) doit comprendre des cours sur l'addiction, qui sont élaborés en fonction du domaine concerné tout en montrant l'interdisciplinarité des problématiques. Ce type de cours pourrait être organisé sur une semaine afin de permettre aux étudiants de s'immerger dans la complexité du phénomène de l'addiction.

*Exemples:*

- Une étude américaine propose de commencer la formation aux addictions au début de l'enseignement médical et de la poursuivre d'une manière intégrée et verticale tout au long du cursus. Les étudiants doivent avoir de multiples possibilités d'apprendre et d'utiliser des entretiens d'évaluation de l'addiction lors des cours précliniques, et les professeurs chargés de l'enseignement médical ont la possibilité de partager les connaissances et de servir de modèles identificatoires (Klamen et Miller, 1997).
- Une enquête nationale américaine a permis de constater que moins de 10% des professeurs traitant des problèmes d'abus de substances dans le premier cycle avaient une expérience des programmes de traitement des troubles liés aux drogues ou l'alcool, et déclaraient qu'ils avaient un vrai besoin de formation complémentaire pour eux-mêmes dans ces domaines (Fleming et al. 1999). On en conclut qu'il existe un besoin de « formation de formateurs » par des spécialistes de l'addiction. La même conclusion ressort d'un examen récent des programmes de formation à l'abus de substances (Polydorou et al. 2008).

## 7.2 Education et formation des spécialistes

Dans le cadre des cours spécialisés sur la prévention, le traitement et la réduction des dommages, les étudiants doivent recevoir des connaissances générales et contextuelles sur les phénomènes de la consommation de substances psychotropes, de l'abus et de l'addiction :

- Aspects historiques, anthropologiques et sociologiques : perception culturelle de la consommation, de l'abus et de l'addiction au niveau national, structures mises en place et, si possible, comparaison avec d'autres pays/cultures ;
- Aspects juridiques: cadres juridiques nationaux et internationaux qui réglementent la consommation de substances psychotropes, ainsi que ceux qui réglementent la législation sur la santé et les droits de l'homme ;
- Aspects déontologiques et conséquences qui en découlent (stigmatisation, etc.) ;
- Epidémiologie de la consommation, des abus et des addictions liés à différentes substances et comportements addictifs ;
- Questions économiques liées à la consommation, à l'abus et aux addictions ;
- Aspects pharmacologiques: les substances et leurs effets ;
- Neurobiologie et génétique des addictions ;
- Causes et concepts des addictions et comportements.

Questions particulières qui se posent au niveau personnel (travail de réflexion):

- Propre perception des addictions et des croyances personnelles concernant l'addiction ;
- Abus de substances et addiction dans sa propre famille ;
- Modèles de codépendance.

*Exemples:*

*Royaume-Uni:* un enseignement innovant de troisième cycle en addictologie a été mis au point par un groupe de travail relevant des collèges royaux de médecine au Royaume-Uni. Il concerne les compétences fondamentales que doivent posséder tous les étudiants spécialisés de troisième cycle en matière d'utilisation abusive de substances (Morris-Williams et al. 2012). Ces compétences sont de trois ordres:

1. Les connaissances (effets, dommages potentiels et pouvoir addictif des substances psychotropes ; éventail des interventions et des pronostics ; limites recommandées d'ingestion d'alcool) ;
2. Les compétences (évaluation, y compris les comorbidités ; fourniture d'avis et interventions précoces ; indications et procédures d'orientation vers un spécialiste) ;

3. Attitudes/comportement (bienveillance, empathie, absence de préjugés et de collusion ; sentiment de confiance lors des discussions sur l'usage de substances avec les patients ; capacité à prendre des mesures appropriées face à l'usage de substances par soi-même ou des collègues).

*Pays-Bas*: les compétences suivantes s'appliquent à tous les intervenants sur le terrain (Buysman, 2006):

1. Empathie, respect (par exemple, en imaginant la situation du client, capacité à s'adapter à la diversité des cultures et des origines ethniques, capacité de s'adapter à des groupes d'âge différents) ;
2. Communication et collaboration efficaces avec le client (par exemple, établir un bon contact, créer un lien, capacité à collaborer avec les clients, négocier avec des clients émancipés, garder ses distances, ne pas endosser les responsabilités du client) ;
3. Vue d'ensemble, structure (par exemple, être capable de travailler d'une manière structurée et systématique, ne pas s'écarter des problèmes principaux, savoir quels collègues travaillent avec quels modules) ;
4. Accent mis sur les résultats (par exemple, être capable d'axer son travail sur les résultats, atteindre les objectifs fixés dans les délais impartis, être responsable des résultats et de la qualité, avoir l'esprit d'initiative) ;
5. Coopération multidisciplinaire (par exemple, être capable de travailler dans des équipes multidisciplinaires, être capable de donner son avis et d'en recevoir, de demander de l'aide aux collègues) ;
6. Réseau relationnel (par exemple, bien connaître la carte sociale, être en contact avec d'autres institutions, savoir aiguiller une personne vers d'autres spécialistes) ;
7. Compétences en TIC (par exemple, avoir une bonne connaissance et une bonne pratique des technologies de communication modernes, posséder des compétences informatiques, maîtriser le courrier électronique et l'internet) ;
8. Aptitude à l'apprentissage (par exemple, connaître les derniers faits marquants, savoir où obtenir des informations, être ouvert, savoir développer ses capacités d'apprentissage, connaître des forces et ses faiblesses) ;
9. Flexibilité, souplesse (par exemple, savoir reporter un jugement, s'adapter à l'incertitude) ;
10. Motivation et affection (par exemple, se motiver soi-même, conserver un intérêt pour son travail même dans des situations difficiles, se contenter de progresser par petites étapes, ne pas vouloir « sauver » le monde, faire montre de persévérance, s'adapter aux revers).

### 7.2.1 Prévention

Connaissances et compétences à acquérir :

- prévention primaire, secondaire et tertiaire concernant la consommation, l'abus et l'addiction ;
- mise en place de programmes de prévention ciblés (prévention primaire à l'école, dans les communautés, etc.) et programmes spécifiques reposant sur des données validées ;
- programmes de détection et d'intervention précoces, et programmes spécifiques reposant sur des données validées ;
- méthodologies d'intervention faisant appel également à une collaboration interdisciplinaire et interinstitutionnelle ;
- compétences spécifiques de conception, de planification, de mise en œuvre et d'évaluation de programmes et projets de prévention ;
- questions particulières : accès à des groupes cibles spéciaux, égalité des sexes, migration, etc.

*Exemples:*

*Etats-Unis:* la formation continue de l'université de l'Etat de Pennsylvanie propose un certificat de prévention de l'addiction. Pour être admis, il faut un diplôme de premier cycle d'une institution homologuée ou d'un établissement supérieur avec une notation moyenne de 3,5 ou plus. La formation comprend les modules suivants : techniques d'entretien, compétences d'évaluation, plans de traitement, modalités de traitement, impact sur la famille, groupes d'entraide, méthodes de prévention, parcours conduisant à l'abus, et aptitudes à travailler avec des personnes à risques (Penn State, 2013).

*Canada:* l'université Mount Royal, située à Calgary dans l'Etat de l'Alberta (Canada), propose un certificat complémentaire d'étude des addictions. Les cours requis sont les suivants : introduction au contexte des addictions ; drogues, leur fonctionnement, leurs effets ; prévention axée sur les communautés ; famille et addiction ; prise en charge des adolescents ; thèmes spéciaux en matière d'addiction. Les cours (120 heures) peuvent être suivis en classe ou en ligne. Le certificat doit être obtenu en trois ans au maximum (Mount Royal, 2013).

*Grèce:* Le Centre d'enseignement pour la promotion de la santé et de la prévention de l'abus de drogue (un programme de l'Institut de recherche universitaire sur la santé mentale) a été créé avec la collaboration et le financement de l'Organisation de lutte contre la drogue (OKANA) afin de fournir une formation de base au personnel de prévention, de produire des matériels de formation et d'information pour les instructeurs locaux en matière de prévention, et de former du personnel dans des domaines spécialisés tels que la mise en œuvre de programmes de prévention dans les écoles primaires. Le centre a été actif entre 1995 et 2006. Il est fermé depuis. OKANA a créé le

---

centre éducatif, qui organise des sessions de formation pour les professionnels et les bénévoles dans tous les domaines de la réduction de la demande.

### 7.2.2 Traitement

Connaissances et compétences à acquérir:

- les différents modèles thérapeutiques et leur efficacité en matière d'addiction, y compris les patients à domicile et les traitements en milieu hospitalier, avec ou sans substitution ;
- quels traitements, pour quels patients, avec quels résultats : interventions fondées sur des données validées ;
- psychopathologies liées aux addictions et comorbidités sociales et psychiatriques ;
- les étapes du changement selon Prochaska et Di Clemente ;
- formation aux entretiens de motivation et à la prévention des rechutes ;
- méthodes d'évaluation, de planification des traitements, de gestion des crises et d'évaluation des traitements ;
- traitements de substitution : cadre légal, objectifs, planning et évaluation ;
- questions particulières: accès au traitement, continuité des soins, relationnel, intégration de la famille, égalité des sexes, contexte carcéral, mineurs.

*Exemples:*

*Finlande (Heinälä 2005):* L'association médicale finnoise a présenté en 1994 un programme d'accréditation qui assure au public que son titulaire a les connaissances et les compétences requises pour exercer dans ce domaine particulier dans le cadre de sa licence médicale. La médecine des addictions a été l'une des premières spécialités à être reconnue comme une entité chevauchant diverses spécialités médicales.

Objectifs de l'éducation: le domaine de la médecine des addictions exige des connaissances dans plusieurs disciplines médicales et la compréhension des interactions entre ces disciplines. Afin de s'assurer que l'étudiant est familiarisé avec ces domaines, les programmes de formation doivent inclure une expérience clinique diversifiée et des séminaires pour mieux se familiariser avec :

- la connaissance théorique des mesures préventives et des approches thérapeutiques de l'abus de substances et de l'addiction ;
- les compétences pratiques requises pour travailler de manière indépendante dans des organisations fournissant des services de diagnostic et de traitement des divers syndromes d'addiction et d'autres problèmes liés à la drogue dans les services sociaux et de santé ;

- les conditions préalables fondamentales pour élaborer des projets de recherche et d'enseignement concernant l'abus de substances et le domaine de l'addiction.

*Critères d'éligibilité au processus d'accréditation* : l'étudiant doit faire une demande d'inscription au cursus aussi tôt que possible dans sa carrière professionnelle. Le comité de certification examinera le plan de formation individuel et désignera le médecin chef qui sera chargé de superviser l'étudiant. Un livre de bord est obligatoire pour décrire la diversité du processus d'enseignement.

*Formation clinique*: un minimum de deux ans de formation clinique est exigé dans un centre de formation fournissant des services de traitement de la dépendance à l'alcool et/ou à la drogue. Il est recommandé d'inclure dans le programme d'études une expérience dans des services de soins ambulatoires et de patients hospitalisés.

*Enseignement théorique*: l'étudiant doit suivre un minimum de 200 heures de supervision, de présentation de cas cliniques et d'enseignement dans l'établissement de traitement. Il devra participer obligatoirement à des séminaires scientifiques (60 heures obligatoires).

*Examen*: l'examen comprend six questions sur des présentations de cas afin d'évaluer les connaissances théoriques et le jugement clinique. L'examen sera supervisé par le comité de certification. Les questions et les réponses seront publiées immédiatement après l'examen, pour les participants à l'examen et les formateurs.

*Etats-Unis d'Amérique*: L'American Society of Addiction Medicine (ASAM) propose un examen de certification aux médecins qui ont achevé une formation en résidence et qui ont une année supplémentaire d'expérience clinique dans le traitement des troubles liés à l'abus de substances. L'examen ASAM est organisé une fois tous les deux ans. La recertification est exigée tous les 10 ans

[http://www.asam.org/Certification\\_home.html](http://www.asam.org/Certification_home.html)

*Autres exemples*:

- Le système et la politique des Pays-Bas en matière de formation continue à la gestion de l'utilisation des substances (Conseil national pour le développement des compétences auprès de l'Association néerlandaise des services locaux de santé (GGZ)) ;
- Le système australien de formation continue (Roche, 2005)

- Les normes convenues pour la formation des boursiers de deuxième et troisième cycles d'études de médecine à l'alcoolisme et l'abus de drogues aux Etats-Unis (Galanter et al., 1991)
- La formation des médecins au traitement des troubles liés à l'usage de substances aux Etats-Unis (Polydorou et al. 2008) ;
- Un programme d'études de quatre ans sur les troubles liés à l'usage de substances pour les praticiens résidents aux Etats-Unis (Iannucci et al., 2009)

### 7.2.3 Réduction des dommages

Connaissances et compétences à acquérir:

- réduction des risques dans le cadre d'une politique de santé publique ;
- programmes d'intervention fondés sur des données factuelles ;
- méthodes et outils d'intervention pour réduire les risques ;
- compétences spécifiques pour concevoir, planifier, exécuter et évaluer des programmes de réduction des risques ;
- méthodes de transmission d'informations liées aux risques concernant la santé (VIH, hépatite, hygiène, nutrition, exercice, etc.) pour des groupes cibles spéciaux ;
- méthodes de détection et d'intervention précoces ;
- travail avec des pairs, travail dans la rue, médiation et plaidoyer/communication ;
- gestion de la violence et dynamique de groupe ;
- gestion des centres de services de faible seuil ;
- programmes de réduction des risques en prison ;
- questions spéciales: accès à des groupes spéciaux, accès à des services sociaux et de santé, réseau relationnel, égalité des sexes, migration, etc.

*Exemple:*

*Canada:* le certificat en réduction des dommages comprend 117 heures de cours visant à : former les prestataires de services, les administrateurs et les responsables des politiques aux principes, concepts et pratiques de la réduction des dommages ; à donner la possibilité d'examiner sous un angle critique le travail de réduction des dommages ; et à se familiariser avec les stratégies de mobilisation du soutien et d'élaboration de programmes de réduction des dommages dans les communautés, les familles et les institutions. Les participants qui suivent avec succès à tous les modules d'évaluation reçoivent un certificat en réduction de dommages de l'Université de York (York University, 2013).

Le public visé pour cette initiative est composé de praticiens, d'administrateurs et de conseillers/analystes sur les politiques qui souhaitent mieux connaître et mettre en œuvre les politiques/pratiques de réduction des dommages dans leur organisation et environnement de travail, notamment les professionnels de la santé (médecins, infirmières, infirmières praticiennes), enseignants et

administrateurs scolaires, conseillers, thérapeutes, intervenants en toxicomanie, travailleurs sociaux, agents des services sociaux, administrateurs et membres de conseils divers, analystes de politiques, responsables politiques, avocats, participants, professionnels de la justice pénale, agents/officiers des services de police et d'autres.

L'objectif de cette initiative est de donner aux participants:

- une compréhension des principes de base, de la philosophie et de l'application de la réduction des dommages (en tant que stratégie pour travailler avec les individus, les familles et les communautés) ;
- les compétences nécessaires pour analyser sous un angle critique un large éventail d'exemples de programmes, politiques et pratiques de réduction des dommages ;
- des stratégies de mobilisation du soutien visant à réduire les dommages dans les communautés, les familles et les institutions, à élaborer des programmes, à contribuer à formuler des politiques, et à faire face aux résistances.

#### **7.2.4 Formation continue pour les spécialistes**

Le domaine de l'addiction est en évolution constante (nouvelles substances, nouveaux modes de consommation, nouveaux profils de patients, nouvelles données scientifiques, nouvelles lois, etc.). Il est donc important de dispenser une formation continue très diversifiée pour actualiser les connaissances et les compétences des spécialistes.

*Exemples:*

*Pays-Bas:* les compétences suivantes sont jugées essentielles pour la formation continue des spécialistes de l'addiction (Buysman, 2006):

1. Liées aux substances (par exemple, connaissance des substances, connaissance de la psychopathologie et des traitements, capacité à détecter les douleurs physiques et les troubles mentaux, à évaluer rapidement l'état mental ou physique (diagnostic) ;
2. Interventions comportementales (par exemple, capacité à motiver, à utiliser des techniques de motivation et des interventions comportementales (gestion de la prévention des rechutes)) ;
3. Utilisation de nouvelles informations et méthodes (par exemple, travailler dans le cadre de protocoles, d'orientations fondées sur des données validées).

*International:* le projet Treatnet de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), qui est dans sa phase initiale depuis 2005, réunit en

réseau 20 centres de ressources de 19 pays. Il s'agit d'un programme de formation complet et de groupes de travail qui ont pour mission de produire des documents sur les pratiques optimales s'appliquant à des problèmes spécifiques. Des modules ont été élaborés pour former des formateurs et aider les centres de ressources à jouer leur rôle de formateurs auprès d'autres services dans leurs régions respectives. Les modules concernent l'évaluation, les traitements psychosociaux, les traitements pharmacologiques et une boîte à outils administrative. Une deuxième phase, fondée sur l'évaluation de la première, a pour but de consolider l'acquis et d'étendre le projet à 36 centres de ressources et plus de 60 centres partenaires dans 27 pays. Le projet combine des activités de plaidoyer, de renforcement des capacités et d'amélioration des services (ONUDD, 2011).

### 7.3 Education et formation des intervenants occasionnels

Pour être complètes, la formation et l'éducation qui font partie d'une politique de lutte contre l'addiction doivent également prendre en compte les intervenants occasionnels. Ces personnes sont compétentes dans leur domaine d'intérêt, mais elles ne connaissent pas la question des addictions en profondeur, d'autant que ce n'est pas ce qui leur est demandé. Cependant, les patients souffrant d'addiction ne sont pas uniquement traités pour leur dépendance et leur prise en charge fait intervenir différents acteurs sociaux et sanitaires. Les intervenants occasionnels sont souvent surchargés par ce type de cas et les réponses qu'ils apportent aux patients sont souvent inappropriées et parfois ne respectent leurs droits fondamentaux. Elles sont en outre inefficaces du point de vue professionnel, et en termes de résultats sur le système social et sanitaire dans son ensemble.

*Exemples:*

*Australie:* la plupart des cours sont élaborés dans une optique multidisciplinaire et interdisciplinaire. Il existe cependant quelques exceptions : par exemple, la formation à la pharmacothérapie des professionnels de la santé vise spécifiquement les médecins et les pharmaciens. Une autre exception concerne des groupes comme celui de la police. Au cours des dix dernières années, la police de la plupart des Etats d'Australie a élaboré et appliqué des cours de formation aux dépendances (alcool et autres drogues) pour les différents niveaux des services de police. L'Australie a aussi créé un cours diplômant pour les infirmières dans ce domaine. Il s'agit d'un cours qui peut être suivi à distance et s'adresse donc à toutes les infirmières sur l'ensemble du territoire (Roche, 2005).

*Etats-Unis :* une série de projets concrets en collaboration avec des services sociaux et sanitaires non spécialisés ; leur évaluation est présentée dans un volume complet (Miller et Weisner, 2002).

## 7.4 Education et formation des intervenants bénévoles

Les bénévoles sont souvent, d'une manière ou d'une autre, proches des patients qu'ils veulent aider. Cet aspect doit être pris en compte ainsi que les questions professionnelles qui se posent vis-à-vis de leurs fonctions dans le travail quotidien et leurs relations avec les patients.

*Exemple:*

*Allemagne:* les compétences professionnelles des travailleurs bénévoles sont principalement renforcées dans le cadre d'une entraide structurée qui comprend un perfectionnement de type semi-professionnel et une formation continue des bénévoles, des responsables de groupes d'entraide et des fonctionnaires œuvrant dans les associations d'entraide et axées sur l'abstinence. L'International Organization of Good Templars offre un bon exemple à cet égard. Cette organisation propose en effet une formation complémentaire aux intervenants bénévoles en matière d'addiction. Des séminaires et des cours sont dispensés, d'une durée totale de 130 heures. Cette formation complémentaire ne prépare pas le bénévole à un emploi à temps plein dans le domaine de l'entraide visant la toxicomanie. Elle enseigne méthodiquement les connaissances nécessaires et importantes relatives au domaine de l'entraide bénévole, notamment la réflexion sur sa propre attitude, les limites à la possibilité d'apporter une aide, des connaissances sur les difficultés liées à la drogue et à l'alcool, les structures et les partenaires de coopération qui existent dans le système d'aide. A la fin de la formation, les participants assistent à un colloque et doivent présenter une intervention théorique, pour laquelle l'association délivre son propre certificat. Les formations complémentaires qui existent dans d'autres associations d'entraide sont élaborées d'une façon analogue, tant sur le plan de l'organisation que du contenu (Meyer, 2005).

## 7.5 Education et formation des intervenants sociétaux

Pour le grand public, la sensibilisation et l'information pertinente véhiculée par les médias et les leaders d'opinion sont essentielles, car elles contribuent à changer les mentalités, éliminer les préjugés et la stigmatisation, et faciliter le débat public en période électorale, etc.

Pour certains membres de la société, il est utile d'organiser des programmes de formation continue, par exemple pour des personnes qui formulent et mettent en œuvre des politiques en matière de drogue. La traduction de données issues de la recherche scientifique en programmes et politiques efficaces et rigoureux aux niveaux local, régional et national est aussi importante que les connaissances et les compétences des responsables des politiques en matière de drogue qui appliqueront et administreront in fine ces politiques et ces programmes.

*Exemple:*

Le Groupe Pompidou a élaboré une formation à haut niveau pour les responsables des politiques de drogues, fondée sur une évaluation des besoins, et évaluée à cet effet. La formation à haut niveau de 2013 s'efforce de lier l'élaboration de politiques, la recherche et la pratique en vue de mettre au point des outils spécifiques pour mieux atteindre les groupes cibles appartenant à des populations ethniques différentes. La coopération des services de police et des services de l'immigration avec les institutions sociales et de soins de santé étant une question cruciale dans la prise en charge des populations de migrants en situation régulière et irrégulière, l'accent sera également mis sur cet aspect de la coopération entre différents secteurs (Groupe Pompidou, 2013).

## 7.6 Influence des attitudes

Les attitudes personnelles jouent un grand rôle lorsque l'on s'occupe des toxicomanes. Une mauvaise attitude à leur égard peut entraîner des réactions négatives de leur part, qui ont une incidence non négligeable sur l'efficacité du lien thérapeutique. L'influence des attitudes devrait donc faire partie intégrante des nombreuses initiatives menées en matière d'éducation et de formation. Elle ne concerne pas uniquement les spécialistes, mais aussi les intervenants occasionnels et bénévoles. Les questions suivantes doivent être examinées :

- propre perception des toxicomanes et convictions personnelles concernant l'addiction ;
- abus de substance et addiction dans sa propre famille ;
- modèles de codépendance.

Le jeu de rôle est une technique appropriée pour aborder ce point. Les connaissances ne suffisent pas à elles seules à prendre conscience de ses propres attitudes et à être en mesure de les modifier.





# Mise en œuvre des politiques et des programmes

Les questions et exemples qui suivent découlent de la publication d'une enquête fondée sur les rapports de pays du groupe de réflexion I-ThETA (Uchtenhagen et al. 2008), qui sont toujours valables aujourd'hui.

Les questions relatives à la mise en œuvre sont les suivantes : le système doit-il être orienté ? Si oui, par qui (gouvernement, administration, ONG, associations professionnelles) et comment (coordination nationale ou internationale, soutien financier, établissement de normes, objectifs des politiques éducatives, reconnaissance et certification des qualifications acquises) ?

## 8.1 Orientation des politiques et des programmes

*Le système doit-il être orienté ou coordonné par une autorité centrale ou laissé au marché ?*

*Exemples:*

La fourniture de prestations dans le domaine de l'éducation et de la formation continue est orientée en Ecosse par l'Exécutif écossais et en Grèce par trois institutions habilitées (l'Organisation de lutte contre la drogue, OKANA, pour la planification et le financement ; le Centre éducatif pour la promotion de la santé et la prévention de l'abus de drogues, pour ce qui est de la prévention ; et le Centre de traitement des toxicomanes (KETHEA), pour le traitement). En Autriche, des plans nationaux sont en cours d'élaboration sous la direction du ministère de la Santé et des Femmes, et aux Pays-Bas, par un conseil national nommé par le gouvernement. Dans d'autres pays, des orientations sont données par le biais des autorités provinciales (les länders en Allemagne) ou d'un comité d'experts nommé par le gouvernement (en Suisse). Dans certains

pays, la profession médicale a mis au point un enseignement de deuxième et troisième cycles consacré à l'addiction. Cette formation systématique est distincte des autres types de formation et vient de commencer.

## 8.2 Forme des programmes

*Sous quelle forme l'éducation et la formation continue doit-elle être dispensée ?*

- *en dehors du travail : séminaires, cours, programmes d'études ;*
- *sur le lieu de travail: formation, rotation des emplois ;*
- *près du lieu de travail : activités de projet, cercles de qualité, apprentissage électronique.*

*Exemples:*

Une grande partie de l'éducation et de la formation continue est dispensée en dehors du travail (cours, ateliers, séminaires, programmes d'études, etc.). Elle complète la formation professionnelle dans un certain nombre de pays (Autriche, Finlande, France, Suisse, Etats-Unis). Toutes les formes existent, y compris près des bassins d'emplois, en Suisse et aux Etats-Unis. On observe une tendance à mettre en place des programmes d'études spéciaux de deuxième et troisième cycles en addictologie pour les infirmières, les travailleurs sociaux, les psychologues, les médecins (Pays-Bas, Suisse). Une autre tendance est d'élaborer des lignes directrices, des concepts de « bonnes pratiques » et des manuels pour la prévention et le traitement, l'enseignement et la pratique (Allemagne, Pays-Bas, Ecosse, Suisse, Australie et Etats-Unis).

Proposer une grande diversité de formes d'éducation et de formation continue permet de répondre à un grand nombre de besoins.

## 8.3 Positionnement des cours et des programmes d'études

*A quel niveau du système éducatif national doit-on positionner les cours et les programmes d'études ? Cette question est étroitement liée au fait de savoir qui sont les prestataires pour les cours et les programmes d'études. Les réponses à ces questions sont d'une importance stratégique pour le domaine de l'addiction car elles influent sur son statut dans la société.*

*Exemple:*

*Suisse:* une maîtrise d'études approfondies est délivrée par une université technique qui respecte les normes officielles de l'éducation et de la formation continue. Des associations professionnelles et des ONG dispensent des cours de brève durée portant sur les éléments récents apparus dans le domaine de l'addiction.

## 8.4 Normes et lignes directrices officielles en matière de qualité

*L'éducation et la formation continue (qu'il s'agisse de cours individuels, de programmes d'études ou de programmes) et/ou les prestataires institutionnalisés doivent-ils respecter des critères qualitatifs ? Si oui, qui les définit ?*

*Exemples:*

Aucun critère qualitatif n'a été établi dans les pays qui ont participé à l'enquête. Ces critères sont cependant prévus dans deux pays (Australie et Pays-Bas). Des réglementations partielles encadrant des professions/ domaines spécifiques existent dans cinq pays (Allemagne, Grèce, Suisse, Australie, Etats-Unis). Elles sont pour la plupart élaborées par les associations professionnelles respectives.

*Le contenu des programmes d'éducation et de formation continue est-il encadré par des lignes directrices nationales (grandes lignes), qui servent de point de référence ?*

*Exemples:*

Aucun pays n'ayant participé à l'enquête n'a établi de lignes directrices nationales définissant le contenu de l'éducation et de la formation continue. Elles sont en cours d'élaboration dans un pays, qui a déjà élaboré un concept d'éducation continue spécifique à l'addiction dans les traitements de substitution, destiné aux médecins, psychologues cliniques, psychothérapeutes et travailleurs sociaux (Autriche). Deux rapports de pays mentionnent également que des lignes directrices analogues sont disponibles pour des professions/domaines spécifiques (Allemagne, Grèce).

## 8.5 Planification et évaluation des programmes

*Un processus itératif de définition des besoins, d'élaboration des programmes et d'évaluation des résultats, et inversement, est-il prévu ?*

*Exemples:*

Ce processus itératif n'est mentionné que dans un seul rapport (Ecosse) et il est en place dans trois pays pour des professions et des domaines particuliers (Autriche, Australie et Etats-Unis).

*L'évaluation doit-elle faire partie intégrante de l'éducation et de la formation continue ? Par qui et comment la qualité de l'éducation et de la formation continue doit-elle être évaluée ?*

*Exemples:*

En général, l'évaluation est effectuée par les prestataires d'éducation et de formation continue (auto-évaluation). C'est le cas dans huit pays (Autriche,

Allemagne, Italie, Pays-Bas, Suisse, Australie et Etats-Unis), avec certaines différences dans la fréquence et le niveau de professionnalisme. Une absence d'évaluation est notée dans un pays (France).

## 8.6 Rôle de chef de file dans la profession

*Quel groupe professionnel doit avoir le rôle de chef de file, sur le plan de son travail avec les addictions et dans le domaine de l'éducation et de la formation continue ?*

*Exemples:*

Le rôle de chef de file de la profession médicale est mentionné dans cinq rapports (Finlande, Allemagne, Suisse, Australie, Etats-Unis). Une codirection est préférée dans deux pays (Autriche, Ecosse) ; pour le reste, la situation n'est pas claire.

*Des programmes doivent-ils être élaborés en fonction d'une profession ou sur une base interprofessionnelle (inter/multidisciplinaire ou inter/multiprofessionnelle) ?*

*Exemples:*

Une éducation et une formation continue à dominante multidisciplinaire est notée dans un pays (Australie), tandis que les deux modèles sont pratiqués dans six pays (Autriche, France, Italie, Ecosse, Suisse, Etats-Unis). Deux pays ne font pas mention d'une formation interdisciplinaire (Finlande, Allemagne).

## 8.7 Cours pour les intervenants occasionnels

*Comment l'éducation et la formation continue doit-elle être dispensée à des professionnels non spécialistes dans les services sociaux et sanitaires (intervenants occasionnels) ?*

*Exemples:*

Il n'y a pas d'approche pratique ou conceptuelle de la meilleure façon d'informer et de former ce groupe cible, et donc de renforcer l'impact des bonnes pratiques pour ceux qui ont besoin de soins et de traitements. Des données d'expérience issues de projets et montrant comment combler cette lacune sont désormais disponibles et doivent être intégrées dans l'éducation et la formation. Ce besoin est explicité dans le plan de développement du personnel élaboré en Grande-Bretagne en 2006 : « L'objectif de ce plan n'est pas d'imposer un modèle d'intervention dans le domaine de l'abus de substances, mais de fournir un cadre conceptuel à tous les intervenants qui mettent en œuvre la stratégie nationale de lutte contre la drogue. Il s'efforce d'énoncer clairement ... les plans que nous avons élaborés pour travailler avec les collègues de secteurs apparentés et incorporer l'abus de substances dans leurs priorités » (NHS, 2006).

## 8.8 Aspects financiers de la mise en œuvre des programmes

Les questions concernent le financement de l'élaboration des cursus et des programmes, des moyens d'apprentissage (séminaires et ateliers, etc.), des programmes d'évaluation (y compris la mise au point d'instrument à cet effet), et des examens, ainsi que de leur administration.

*Le soutien financier doit-il être accordé aux prestataires d'éducation et de formation, aux apprenants, ou aux services qui envoient les apprenants, et dans quelle proportion ? L'existence de critères de qualité est-elle une condition préalable au financement ?*

*Exemples:*

Un soutien financier est en général fourni en Grèce (voir ci-dessous) et en Ecosse. Il est partiel en Allemagne, en Suisse et en Australie, et très limité en France, en Italie, aux Pays-Bas et aux Etats-Unis. Les modèles de financement sont assez divers. Cependant, dans la plupart des pays, les fonds disponibles sont essentiellement destinés aux prestataires d'éducation et de formation continue et non aux professionnels et aux services intervenant dans ce domaine (Uchtenhagen et al. 2008).

En Grèce, la formation des professionnels de la réduction de la demande est fragmentaire et mal coordonnée. Chaque organisme alloue une part de son propre budget pour former son personnel, souvent dans ses locaux, et selon sa philosophie et ses besoins.

Le Plan d'action 2011-2012 pour lutter contre la dépendance, qui a été rédigé par la Commission nationale de coordination et de planification des réponses au problème de la drogue a prévu la formation de professionnels et la création du Centre éducatif OKANA, qui est en place et fonctionne depuis 2011. Le Centre, qui a adopté une formation de pointe en matière de réduction de la demande, s'adresse à tous les professionnels, et pas uniquement au personnel d'OKANA. La formation est aussi organisée par des organismes qui s'occupent de la réduction de la demande de drogue, en utilisant les fonds du Cadre national de référence stratégique.

Les conclusions des rapports de pays élaborés dans le cadre de l'enquête menée par le groupe de réflexion I-ThETA montrent la grande diversité des concepts et de la mise en œuvre de programmes éducatifs et de formation liés à l'usage de substances, dans presque tous les domaines. Les rapports révèlent également qu'il existe de grosses lacunes dans l'organisation et l'intégration systématique de l'éducation et de la formation continue dans un cadre de politique de lutte contre la drogue au niveau national.

# Résumé et recommandations

La charge énorme que représente l'usage de substances dans le monde et les carences des services dans de nombreux pays (dans la mesure où les recherches à ce sujet sont fiables) montrent clairement que beaucoup reste à faire pour améliorer la fourniture de services et, en particulier, pour mettre en pratique les connaissances acquises.

Il est donc opportun d'examiner les recommandations suivantes :

1. Les organisations internationales telles que l'ONUDD, l'OMS et l'UE devraient introduire dans leur mandat, l'objectif de la formation et de l'éducation sur les troubles liés à l'usage de substances.
2. L'éducation et la formation aux troubles liés à l'usage de substances devraient être intégrées dans les politiques nationales en matière de drogues.
3. L'éducation et la formation aux troubles liés à l'usage de substances devraient faire également partie d'un système éducatif et être intégrées aux plans d'action nationaux développés par les services d'Education, de Santé ou de Recherche.
4. L'éducation et la formation aux troubles liés à l'usage de substances devraient se fonder sur des besoins nationaux et aussi sur les changements intervenant au niveau international.
5. L'éducation et la formation aux troubles liés à l'usage de substances devraient être mises à jour régulièrement pour inclure les nouveaux éléments qui verraient le jour.
6. L'éducation et la formation devraient être basées sur des connaissances validées et les programmes d'études devraient donc suivre l'évolution des connaissances.

7. L'éducation et la formation aux troubles liés à l'usage de substances devraient être adaptées aux priorités nationales.
8. L'éducation et la formation aux troubles liés à l'usage de substances doivent être évaluées.
9. L'éducation et la formation aux troubles liés à l'usage de substances demandent un financement approprié et de ressources humaines qualifiées.
10. L'éducation et la formation aux troubles liés à l'usage de substances doivent s'adapter aux besoins respectifs en fonction du public cible.
11. L'éducation et la formation aux troubles liés à l'usage de substances doivent prendre en compte la complexité du phénomène drogues et offrir une multidisciplinarité.

# Références

- AGREE II (2009). Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II. The AGREE Next Steps Consortium ([www.agreetrust.org](http://www.agreetrust.org)).
- Buysman W (2006). Competences In Substance Use Management. The role, function and training needs of professional workers in the addiction field. Document élaboré dans le cadre du projet GLO H43 « Réseau international de centres de ressources en matière de traitement et de réadaptation des toxicomanes » de l'ONUDD.
- Campbell Collaboration ([www.campbellcollaboration.org](http://www.campbellcollaboration.org)), Campbell Library ([www.campbellcollaboration.org/library/php](http://www.campbellcollaboration.org/library/php)).
- Caner E, Bland M, Cassidy P et al. (2013). Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. British Medical Journal 346:e8501.
- CdE (1951). Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, Conseil de l'Europe.
- CdE (1997). Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine, Conseil de l'Europe.
- Cochrane Collaboration ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)), Cochrane Library ([www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com)).
- Fleming MF, Manwell LB, Kraus M, Isaacson MH, Kahn R, Stauffacher EA (1999). Who teaches residents about the prevention and treatment of substance use disorders? A national survey. Journal Family Practice 48:725-729.
- Galanter M, Kaufmann E, Schnoll S, Burns J (1991). Postgraduate medical fellowship training in alcoholism and drug abuse; national consensus standards. American Journal Drug Alcohol Abuse 17:1-12.
- GP (2011). Mandat P-PG/Res/Education. Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe.
- GP (2013). Formation à haut niveau sur les politiques en matière de drogues visant à améliorer la situation des migrants, y compris ceux en situation irrégulière. Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe.

- 
- GRADE working group (2004). Grading quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal* 328:1490.
  - Haasen C, Stallwitz A, Lachmann A, Prinzleve M, Güttinger F and Rehm J (2004) Management of high risk opiate addicts in Europe. Rapport final de recherche à la Commission européenne. Centre de recherche interdisciplinaire sur l'addiction, Université de Hambourg.
  - Harris (2007). Enhancing evolution. The ethical case for making better people. Princeton University Press, Oxford.
  - Heinälä P (2005). Rapport de pays de la Finlande, présenté au Symposium international sur la formation continue dans le domaine de la dépendance, 31 août -2 septembre 2005, Berne.
  - Humphreys K, Moos R (2007). Encouraging post-treatment self-help group involvement to reduce demand for continuing care services. *Alcoholism: clinical and experimental research* 31:64-68.
  - Iannucci R, Sanders K, Greenfield SF (2009). A 4-year curriculum on substance use disorders for psychiatric residents. *Academic Psychiatry* 33:60-66.
  - Isaacson JH, Fleming M, Kraus M, Kahn R, Mundt M (2000). A national survey of training in substance abuse disorders in residency programs. *Journal Studies Alcohol* 6:912-915.
  - CITE (1997). Classification internationale type de l'éducation (CITE) ([www.unesco.org/education/information](http://www.unesco.org/education/information)).
  - Khantzian EJ (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review Psychiatry* 4:231-244.
  - Kirkpatrick DL (1998). *Evaluating Training Programs: The Four Levels*, 2nd Edition, Berrett-Koehler Publishers, Inc, San Francisco.
  - Klamen DL, Miller NS (1997). Integration in education for addiction medicine. *Journal Psychoactive Drugs* 3:263-268.
  - Klingemann H, Sobell LC (2007). Promoting self-change from addictive behaviors. Practical implications for policy, prevention and treatment. Springer, New York.
  - Leshner I (1997). Addiction is a Brain Disease, and it Matters. *Science* 278:45-47.
  - McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD (2000). Drug dependence, a chronic medical illness. Implications for treatment, insurance and outcomes evaluation. *JAMA* 284:1689-1696.

- McLellan TA, Carise D, Kleber HD (2003). Can the National Addiction Treatment Infrastructure Support the Public's Demand for Quality Care? *Journal of Substance Abuse Treatment* 25:117-121.
- Meyer C (2004). Further education in the field of addiction. Rapport de pays de l'Allemagne, présenté au Symposium international sur la formation continue dans le domaine de la dépendance, 31 août -2 septembre 2005, Berne.
- Miller W, Weisner C (Eds) (2002). *Changing Substance Abuse through Health and Social Systems*. Springer, New York.
- Morris-Williams Z, Monrouxe L, Grant A, Edwards A (2012). Teaching postgraduates about managing drug and alcohol abuse. Report from UK medical royal colleges outlines the key competencies. *British Medical Journal* 345:e5816.
- Mount Royal (2013). *Addiction Studies Extension Certificate*. Mount Royal University, Calgary ([www.mtroyal.ca/ProgramsCourses/ContinuingEducation/healthhumanservice/addictions](http://www.mtroyal.ca/ProgramsCourses/ContinuingEducation/healthhumanservice/addictions)).
- NHS (2006). *Joint National Treatment Agency and Drug Strategy Directorate Workforce Development Plan for the Substance Misuse Field*. National Health Service UK.
- OEDT (2012) *Rapport annuel 2012*.
- Oliver S, Clarke-Jones L, Rees R, Milne R, Buchanan P, Gabbay J, Gyte G, Oakley A, Stein K (2004). Involving consumers in research and development agenda setting for NHS: developing an evidence-based approach. *Health Technology Assessment* 15:1-148, III-IV.
- OMS (1996). *Health professional education on psychoactive substance use issues*. Rapport fondé sur une consultation de l'OMS. Organisation mondiale de la santé, Genève.
- OMS (2006). *Rapport sur la santé dans le monde 2006*. Organisation mondiale de la santé, Genève.
- OMS (2009a). *Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Organisation mondiale de la santé, Genève.
- OMS (2009b). *Principes directeurs applicables au traitement pharmacologiquement et psychosocialement assisté des personnes dépendantes aux opiacés*. Organisation mondiale de la santé, Genève.
- OMS (2010). *The Atlas Report*. Organisation mondiale de la santé, Genève.
- ONU (1948). *Déclaration universelle des droits de l'homme*. Nations Unies.

- 
- ONU (1961). Convention unique sur les stupéfiants. Nations Unies.
  - ONU (1971). Convention sur les substances psychotropes. Nations Unies.
  - ONU (1976). Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Nations Unies.
  - ONU (1988). Convention relative aux droits de l'enfant. Nations Unies.
  - ONU (2006). Convention relative aux droits des personnes handicapées. United Nations
  - ONUDC (2011). Projet Treatnet. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Vienne ([www.unodc.org/treatment](http://www.unodc.org/treatment)).
  - Penn State (2013). Postbaccalaureate Certificate in Addiction Studies: Prevention Efforts (<http://ceup.psu.edu/addiction-studies-graduate-certificate>).
  - Polydorou S, Gunderson EW, Levin FR (2008). Training Physicians to Treat Substance Use Disorders. *Current Psychiatry Reports* 10:399-404.
  - Pomini V, Liappas IA (2005). The Greek System And Policy in Continuing Education in the Field of Substance Abuse and Addiction. Rapport de pays, présenté au Symposium international sur la formation continue dans le domaine de la dépendance, 31 août -2 septembre 2005, Berne.
  - Raikhel E, Garriott W (2013). *Addiction trajectories*. Duke University Press, Durham and London.
  - Rasyidi E, Wilkins IN, Danovich I (2012). Training the next generation of providers in addiction medicine. *The Psychiatric Clinics of North America* 35:461-480.
  - Roche A (2005). Rapport de pays sur l'éducation et la formation en Australie, présenté au Symposium international sur la formation continue dans le domaine de la dépendance, 31 août -2 septembre 2005, Berne.
  - Stevens A, Hallam C, Trace M (2006). *Treatment for dependent drug use. A guide for policymakers*. Beckley Foundation, London.
  - Uchtenhagen A, Ladjevic T, Rehm J (2005). Principes directeurs applicables au traitement pharmacologiquement et psychosocialement assisté des personnes dépendantes aux opiacés. Document de travail destiné à l'OMS. Institut de recherche sur la santé publique et les addictions, Zurich.
  - Uchtenhagen A, Stamm R, Huber J, Vuille R (2008). A review of systems for continued education and training in the substance abuse field. *Substance Abuse* 29:95-102.

- Uchtenhagen A, Schaub M (2011). Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction EQUS. Final Report ([www.isgf.ch](http://www.isgf.ch)).
- UE (2012). Stratégie antidrogue de l'UE 2013-2020.
- Volkow ND, Fowler JS & Wang G-J (2004). The addicted human brain viewed in the light of imaging studies: brain circuits and treatment strategies. *Neuropharmacology* 47:3-13.
- West R (2006). *Theory of Addiction*. Blackwell Publishing, Oxford.
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 21:655-679.
- York University (2013). Post Graduate Certificate Harm Reduction. (<http://dce.yorku.ca/SubCgyPgmCrs.aspx?CgyID=3&SubCgyID=8>).

# Annexe I

## Résolution adoptée lors de la 57e session de la CND

### Commission des stupéfiants | Cinquante-septième session

Vienne, 13-21 mars 2014 | Point 9 de l'ordre du jour

**Application de la Déclaration politique et du Plan d'action sur la coopération internationale en vue d'une stratégie intégrée et équilibrée de lutte contre le problème mondial de la drogue: suite donnée à l'examen de haut niveau auquel procédera la Commission des stupéfiants en vue de la session extraordinaire de l'Assemblée générale sur le problème mondial de la drogue qui se tiendra en 2016**

Grèce\*, Israël et Pérou: projet de résolution révisé

\* Au nom des États Membres de l'Organisation des Nations Unies qui sont membres de l'Union européenne.

### Formation théorique et pratique sur les troubles liés à l'usage de drogues

*La Commission des stupéfiants,*

*Rappelant* l'article 38 de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972<sup>1</sup>, en vertu duquel les Parties à la Convention envisageront avec une attention particulière l'abus des stupéfiants et prendront toutes les mesures possibles pour prévenir l'abus de stupéfiants et pour assurer le prompt dépistage, le traitement, l'éducation, la postcure, la réadaptation et la réintégration sociale des personnes intéressées, et coordonneront leurs efforts à ces fins,

*Prenant note* des conclusions et recommandations de l'Organe international de contrôle des stupéfiants, y compris celles qui figurent au paragraphe 53 a) du Rapport annuel 2012 de la Commission<sup>2</sup>, dans lequel l'OICS a recommandé qu'afin d'améliorer l'action concertée menée par la communauté internationale pour faire progresser la responsabilité partagée du contrôle des drogues, il faudrait que les gouvernements établissent des pratiques plus efficaces pour réduire la demande illicite de drogues, en mettant l'accent sur l'éducation, la prévention, le traitement et la réadaptation, et accordent une plus grande attention à l'exigence fondamentale qu'il y a à prévenir la première prise de drogues,

<sup>1</sup> Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 976, n° 14152.

<sup>2</sup> *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2012* (publication des Nations Unies, numéro de vente: E.13.XI.1).

*Consciente* de l'urgente nécessité de donner pleinement effet à l'article 20 de la Convention de 1971<sup>3</sup> sur les substances psychotropes pour, notamment, améliorer la formation théorique et pratique des personnes qui travaillent dans le domaine de la toxicomanie afin qu'elles acquièrent la connaissance des problèmes posés par l'abus des substances psychotropes et par sa prévention,

*Rappelant* sa résolution 48/7, relative aux "Compétences requises pour faire face au problème de l'abus de drogues", dans laquelle elle reconnaissait que la valorisation du personnel constituait un élément important de la lutte contre les effets dévastateurs de l'abus de drogues,

*Consciente* que considérer les troubles liés à l'usage de drogues comme des affections pouvant être prévenues et traitées a des incidences profondes sur la santé publique et le bien-être social et économique de chaque personne et de la société en général, et notant l'absence à cet égard de normes minimales de formation au traitement de la toxicomanie,

*Notant* que les éléments scientifiques dont disposent l'Organisation mondiale de la Santé et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime indiquent que la toxicomanie est un trouble de santé évitable et traitable, qui résulte d'une interaction multifactorielle complexe entre l'exposition répétée à des drogues et des facteurs biologiques et environnementaux, et soulignant que les meilleurs résultats sont obtenus lorsqu'on adopte une approche multidisciplinaire globale afin de répondre aux différents besoins,

*Consciente* que de multiples compétences et connaissances scientifiques sont nécessaires pour traiter efficacement les troubles liés à l'usage de drogues par une approche globale, équilibrée et scientifiquement fondée,

*Tenant compte* du fait qu'il arrive que certains pays n'accordent pas une attention appropriée à l'intégration d'une formation multidisciplinaire au traitement de la toxicomanie dans les programmes officiels destinés aux agents qui fournissent les services correspondants aux personnes atteintes de troubles liés à l'usage de drogues,

*Soulignant* qu'une formation fondée sur des éléments scientifiques et une éducation s'appuyant sur des structures, des procédures et des ressources organisationnelles peuvent améliorer les taux de réussite des programmes de prévention et de traitement,

*Soulignant* la nécessité de promouvoir une approche novatrice et intégrée, fondée sur des éléments scientifiques interdisciplinaires dans le domaine des stupéfiants et des substances psychotropes, afin d'améliorer l'aptitude à traiter diverses formes de toxicomanie,

*Tenant compte* de la Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues<sup>4</sup>, adoptée par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire, dans laquelle les États étaient priés de mettre l'accent approprié sur la formation des décideurs, planificateurs et praticiens, à tous les niveaux de la conception, de l'exécution et de l'évaluation des stratégies et programmes de réduction de la demande,

---

<sup>3</sup> Nations Unies, *Recueil des traités*, vol. 1019, n° 14956.

<sup>4</sup> Résolution S-20/3 de l'Assemblée générale, annexe.

---

*Ayant à l'esprit* que pour parvenir à une prévention, à un traitement et à une prise en charge efficaces, des méthodes valides, des démarches variées et une évaluation sont nécessaires et que pour disposer du personnel compétent, qualifié et expérimenté ainsi que des compétences professionnelles voulues, une formation théorique et pratique continue fondée sur des travaux de recherche est indispensable,

1. *Invite* les États Membres à renforcer encore, conformément à leur système juridique et à leur législation, les connaissances et les compétences professionnelles de ceux qui travaillent ou ont l'intention de travailler avec des personnes atteintes de troubles liés à l'usage de drogues en dispensant des programmes complets d'enseignement et de formation scientifiques et fondés sur des éléments probants;

2. *Appelle* les États Membres à collaborer, dans le cadre de la coopération bilatérale, régionale et internationale, lorsqu'il y a lieu, à l'offre de programmes d'enseignement et de formation fondés sur des éléments probants en fournissant tous types d'assistance, y compris, sans s'y limiter, l'assistance technique, sur demande, afin d'améliorer leur aptitude à atteindre cet objectif;

3. *Souligne* qu'il importe de renforcer les capacités des formateurs compétents et dûment expérimentés à dispenser des formations à ceux qui travaillent ou ont l'intention de travailler avec des personnes qui sont ou pourraient être atteintes de troubles liés à l'usage de drogues;

4. *Encourage* les États Membres à promouvoir une approche globale de l'étude des troubles liés à l'usage de drogues, du point de vue des substances, de la santé et du comportement, afin de mieux comprendre et traiter le problème sur la base d'éléments scientifiques et s'assurer, lorsqu'il y a lieu, de leur intégration dans des programmes d'enseignement et de formation;

5. *Reconnaît* l'importance d'adopter une approche interdisciplinaire pour élaborer ces programmes d'enseignement et de formation fondés sur des éléments scientifiques, dans des domaines tels que la médecine, la psychologie, l'éducation et les sciences sociales;

6. *Souligne* la nécessité de promouvoir davantage la qualité et la disponibilité de l'enseignement et de la formation et de renforcer, au besoin, la collaboration intersectorielle impliquant, entre autres, des professionnels de la santé et de l'application des lois, ainsi que la société civile, conformément à la législation et au cadre juridique internes;

7. *Reconnaît* l'importance d'une assurance continue de la qualité de la formation, y compris son suivi régulier, son évaluation et sa supervision ultérieure par des professionnels certifiés travaillant dans le respect du droit interne et conformément à la réglementation en vigueur;

8. *Encourage* les États Membres à partager les meilleures pratiques suivies dans le domaine de l'enseignement et de la formation sur les troubles liés à l'usage de drogues et à œuvrer avec l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime à la mise en œuvre de la présente résolution.

---

# Annexe II

## Publications du Groupe Pompidou (Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants du Conseil de l'Europe)

- ***Reflections on the concept of coherency for a policy on psychoactive substances and beyond***  
by Richard Muscat, Brigid Pike and members of the Coherent Policy Expert Group (ISBN 978-92-871-7345-4), March 2012
- ***Treatment systems overview***  
by Richard Muscat and members of the Treatment Platform of the Pompidou Group, ISBN 978-92-871-6930-3 October 2010
- ***Vers une politique intégrée liée aux substances psychoactives: analyse théorique et empirique***, Richard Muscat, Dike Van De Mheen et Cas Barendregt, ISBN 978-92-871-6295-9, octobre 2010
- ***Tendances de la recherche sur les drogues***,  
Richard Muscat, Dirk J. Korf, Jorge Negreiros et Dominique Vuillaume [ISBN 978-92-871-6694-4], Strasbourg, décembre 2009
- ***The 2007 ESPAD Report: Substance use among students in 35 European countries***  
by Björn Hibell, Ulf Guttormsson, Salme Ahlström, Olga Balakireva, Thoroddur Bjarnason, Anna Kokkevi, Ludwig Kraus, The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN), The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and Council of Europe, (Pompidou Group) [ISBN 978-91-7278-219-8], February 2009
- ***D'une politique sur les drogues illicites à une politique sur les substances psychoactives***, étude réalisée par Richard MUSCAT et des membres de la plateforme Recherche du Groupe Pompidou [ISBN 978-92-871-6480-3], Strasbourg, janvier 2009
- ***Cannabis in Europe: Dynamics in Perception, Policy and Markets***  
by Dirk Korf (ed.) and the European Society for Social Drug Research (ESDD) [ISBN 978-3-89967-512-2] 2008
- ***Old and New Policies, Theories, Research Methods and Drug Users across Europe***  
by Zsolt Demetrovics, Jane Fountain, Ludwig Kraus (Eds) and the European Society for Social Drug Research (ESDD) [ISBN 978-3-89967-583-2] 2009

- ***Pleasure, Pain and Profit. European Perspectives on Drugs***  
by Tom Decorte and Jane Fountain (Eds) and the European Society for Social Drug Research (ESDD) 2010
- ***Market, methods and messages, Dynamics in European drug research***  
by Jane Fountain, Vibeke Asmussen Franck, Dirk J Korf (Eds)  
[ISBN 978-3-89967-741-6] 2011
- ***The meaning of high, variations according to drug, set, setting and time***  
by Marije Wouters, Jane Fountain, Dirk J Korf (Eds) and the European Society for Social Drug Research (ESDD) [ISBN 978-3-89967-831-4] 2012
- ***Les facteurs de risque dans l'usage de drogues par les adolescents : résultats des enquêtes scolaires et utilisation par les politiques,***  
Richard Muscat, Thóroddur Bjarnasson, François Beck et Patrick Peretti-Watel  
[ISBN 978-92-871-6196-3], février 2007
- ***Demandes de traitement des consommateurs de drogues : influence sur les politiques et les pratiques,***  
Hamish Sinclair [ISBN 10:92-871-6086-4/ISBN 13:978-92-871-6086-7], octobre 2006
- ***La recherche en psychologie sur les drogues : questions actuelles et perspectives,***  
Jorge Negreiros [ISBN-10:92-871-6032-5/ISBN-13:978-6032-4], septembre 2006
- ***La recherche biomédicale dans le domaine des drogues,***  
Richard Muscat [ISBN-10: 92-871-6017-1/ ISBN-13: 978-92-871-6017-1], juillet 2006
- ***La toxicomanie***, collection « Regard éthique », Editions du Conseil de l'Europeg [ISBN 92-871-5639-5], July 2005 (à commander auprès des Editions du Conseil de l'Europe: <http://book.coe.int>)
- ***Comment rapprocher la recherche, les politiques et les pratiques de terrain – Acquis et perspectives***, Actes, conférence stratégique, Strasbourg, 6-7 avril 2004 [ISBN 92-871-5535-6]
- ***Drogues et dépendances aux drogues : comment rapprocher la recherche, les politiques et les pratiques de terrain ? Acquis et perspectives***, document de base de Richard Hartnoll, conférence stratégique, Strasbourg, 6-7 avril 2004 [ISBN 92-871-5490-2]
- ***Circulation routière et substances psychoactives***, actes, séminaire, Strasbourg, 18-20 juin 2003 [ISBN 92-871-5503-8], juillet 2004

