



Formation sur les troubles d'utilisation de substances et troubles addictifs, 2^e partie : Mise à jour du programme-cadre

**David Crockford, MD, FRCPC¹; Gilles Fleury, MD, FRCPC²; Robert Milin, MD, FRCPC³;
Leslie Buckley, MD, FRCPC⁴; Dara Charney, MD, FRCPC⁵; Tony P George, MD, FRCPC⁶;
Nady el-Guebal, MD, FRCPC⁷**

*Un énoncé de principes préparé par le Comité d'éducation de l'Association des psychiatres du Canada,
et approuvé par le conseil d'administration de l'APC le 22 juin 2015.*

Introduction

Comparativement aux autres troubles psychiatriques majeurs, la formation sur la prise en charge des troubles d'utilisation de substances (TUS) et troubles addictifs est disproportionnellement limitée dans les programmes de résidence en psychiatrie. En effet, peu de résidents en psychiatrie reçoivent une formation en addiction, à moins d'avoir choisi des stages cliniques optionnels. En outre, la pénurie de professeurs expérimentés, une attitude négative à l'égard des patients aux prises avec un problème de dépendance, le manque de formation adéquate et des objectifs et exigences de

formation mal définis ont été identifiés comme facteurs responsables d'une formation inadéquate sur les TUS et troubles addictifs^{1,2}. Si l'on reconnaît en outre que les résultats thérapeutiques s'améliorent lorsque les patients atteints de troubles concomitants d'utilisation de substances et de santé mentale reçoivent des soins intégrés, plutôt que de recevoir des traitements séparés de manière séquentielle ou parallèle³⁻⁸, il est de plus en plus évident que les connaissances, les attitudes et les compétences de gestion du diagnostic de tous les nouveaux psychiatres devront se perfectionner dans le domaine des TUS et troubles addictifs.

¹ Professeur agrégé, département de psychiatrie, University of Calgary, Foothills Medical Centre, Calgary (Alberta).

² Professeur adjoint, département de psychiatrie, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario); directeur de l'éducation, division de toxicomanie et de santé mentale, Hôpital Montfort, Ottawa (Ontario).

³ Professeur agrégé, département de psychiatrie, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario); directeur, Unité de traitement de jour pour les adolescents, programme Psychiatrie pour jeunes adultes, Ottawa (Ontario); chef, Division de toxicomanie et de santé mentale, Centre de santé mentale Royal Ottawa, Ottawa (Ontario).

⁴ Professeur adjoint, département de psychiatrie, University of Toronto, Toronto (Ontario); directeur, Services de toxicomanie, Toronto Western Hospital, Toronto (Ontario).

⁵ Présidente associée et professeure agrégée, département de psychiatrie, Université McGill, Montréal (Québec); directrice, Programme visant les toxicomanies du RUIS McGill, Unité des toxicomanies, Centre universitaire de santé McGill, Montréal (Québec).

⁶ Professeur et codirecteur, division de la thérapie cérébrale, département de psychiatrie, University of Toronto, Toronto (Ontario); chef, division de schizophrénie, directeur médical, Programme de traitement des maladies mentales complexes, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto (Ontario).

⁷ Professeur et chef, division de toxicomanie, département de psychiatrie, University of Calgary, Calgary (Alberta); conseiller, Addiction Centre, Foothills Medical Centre, Calgary (Alberta).

© Copyright 2015. Association des psychiatres du Canada. Toute reproduction, citation ou paraphrase de ces sommaires, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, sans l'autorisation écrite de l'APC est interdite. Les commentaires des membres sont les bienvenus. Veuillez faire suivre tous vos commentaires au : Président, Association des psychiatres du Canada, 141, avenue Laurier Ouest, Bureau 701, Ottawa (Ontario) K1P 5J3; tél. : 613 234-2815; téléc. : 613 234-9857; courriel : president@cpa-apc.org. Référence 2015-60.

Remarque : L'Association des psychiatres du Canada a comme politique de réviser tous les énoncés de principes, énoncés de politique et lignes directrices de pratique clinique cinq ans après leur publication ou dernière révision. Tout document publié depuis plus de cinq ans qui ne précise pas explicitement avoir été révisé et retenu comme document officiel de l'APC, avec révisions ou dans sa forme originale, doit être considéré comme un document historique de référence seulement.

En 1997, l'Association des psychiatres du Canada (APC) a publié un premier énoncé de principes le *Programme-cadre de formation des résidents en psychiatrie sur l'alcoolisme et la toxicomanie*⁹. Les objectifs énoncés de ce programme-cadre étaient les suivants :

- améliorer les connaissances, compétences et attitudes des psychiatres à l'égard des TUS à un niveau comparable aux autres troubles mentaux;
- assurer une meilleure évaluation et un meilleur traitement des personnes qui abusent d'alcool ou d'autres substances;
- favoriser une meilleure connaissance de l'effet de la toxicomanie comorbide sur le traitement et l'évolution d'autres états physiques et psychiatriques;
- prévenir la marginalisation et la démedicalisation excessive des services cliniques des toxicomanes;
- assurer une meilleure connaissance chez les psychiatres de la gamme de ressources disponibles et des services offerts aux alcooliques et toxicomanes;
- stimuler la sous-spécialisation en alcoolisme et toxicomanie d'un plus grand nombre de psychiatres afin de développer les services cliniques, l'enseignement et la recherche dans ce domaine^{9 1-2}.

Cependant, puisque ces recommandations⁹ ont été exclues des Exigences de formation spécialisée en psychiatrie¹⁰ du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), les changements ont été appliqués au gré des programmes individuels de formation et en conséquence, *le statu quo* a eu gain de cause.

Dans un effort pour commencer à combler les lacunes en formation sur les TUS et troubles addictifs, le CRMCC a publié en 2007 les nouvelles Exigences de formation spécialisée en psychiatrie¹⁰ qui précisent les attentes dans la formation des résidents en psychiatrie. Bien que les objectifs de formation en psychiatrie mentionnent les TUS, elles restent muettes sur les problèmes de jeu ou les conditions qui méritent des études plus approfondies (p. ex. les problèmes de jeu de hasard sur Internet), lesquels nous, les auteurs de cet énoncé de principes, recommandons d'inclure dans le but de refléter les changements du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Cinquième édition (DSM-5), la terminologie et les tendances du traitement en addiction.

Les compétences en matière de TUS et troubles addictifs font présentement partie des exigences de formation de tous les résidents canadiens en psychiatrie qui ont entrepris leur formation à compter du 1^{er} juillet 2009. Ces compétences doivent être acquises au cours des cinq années de résidence, avec une expérience clinique équivalente à au moins un mois évaluée séparément des autres stages réalisés durant les années de résidence 2 à 5. Quoiqu'il soit peu probable qu'un stage d'un mois permette aux résidents d'acquérir les compétences prévues, le stage d'un mois, jumelé à des séminaires,

devrait donner aux résidents en toxicomanie une bonne base à laquelle d'autres stages de formation et séances de formation médicale continue (FMC) peuvent s'ajouter dans le but de répondre aux exigences.

Les objectifs des exigences de formation spécialisée appliqués à la formation sur les TUS et troubles addictifs sont les suivants :

1. Expérience supervisée dans divers milieux du traitement auprès de patients aux prises avec des TUS et troubles addictifs. Un programme ou un registre d'apprentissage doit être gardé et révisé par le directeur du programme. Cette expérience doit être acquise dans le contexte d'un stage distinct d'au moins un mois ou incorporée à une expérience longitudinale (à n'importe quel moment de la deuxième à la cinquième année de résidence) d'une durée équivalente à au moins quatre semaines. Les expériences doivent être consignées et évaluées séparément des autres stages.
2. Stage optionnel d'au moins trois mois, mais préférablement de six mois, sur les TUS et troubles addictifs offert aux résidents seniors en psychiatrie en quatrième ou cinquième année de résidence afin de parfaire leurs connaissances avancées (définition au tableau 1) en psychiatrie de l'addiction.
3. Compétence dans les connaissances, aptitudes et attitudes cliniques (définition au tableau 1), appropriées à leur pratique dans le domaine des TUS et troubles addictifs.
4. Travailler efficacement comme consultant en intégrant tous les rôles du cadre CanMEDS pour dispenser des soins médicaux optimaux, respectueux de l'éthique et axés sur les patients, en identifiant et en répondant de manière appropriée aux patients qui présentent des comorbidités addictives.
5. Démontrer les connaissances initiales (définition au tableau 1) pour évaluer la pertinence de l'ordonnance et de la prestation de l'entretien motivationnel.

Le programme-cadre sur les TUS et troubles addictifs prévoit un stage clinique équivalent à au moins un mois ainsi que des séminaires dans le but de répondre aux exigences en matière d'acquisition des connaissances, compétences et attitudes visant à donner à un psychiatre général les compétences de prise en charge des troubles primaires ou concomitants d'addiction. Les stages cliniques peuvent prendre la forme de stages distincts d'un mois, d'expériences longitudinales ou d'une version mixte, à n'importe quel moment durant la résidence en psychiatrie, et ce, dès la deuxième année de résidence. Chaque programme de formation devra déterminer le moment idéal pour réaliser le stage clinique sur les troubles addictifs en fonction de facteurs liés au programme et aux résidents. Toutefois, cette souplesse en matière de choix du moment et de la durée

Variable	Définition
Connaissances initiales	Capable de reconnaître, d'identifier ou de décrire des principes.
Connaissances pratiques	Capable de démontrer sa connaissance des aspects fondamentaux de la psychiatrie, comme les techniques de base de l'entrevue, la formulation du problème et le traitement. Le résident comprend les ouvrages scientifiques.
Compétence	Capable de démontrer une connaissance pratique, enrichie d'une perspective développementale, culturelle et évolutive, permettant des entrevues en détail et la formulation des problèmes biopsychosociaux, et la capacité d'enseigner, de consulter, d'évaluer et de gérer les demandes de consultation. Le résident est capable d'évaluer de manière critique les ouvrages scientifiques relatifs à cette compétence et d'en appliquer les principes.
Avancées	Compréhension détaillée et perfectionnée, multimodale et interdisciplinaire, menant à un enseignement avancé et à des services de consultation auprès de cas complexes. Le résident a une connaissance approfondie des ouvrages scientifiques et est capable d'en appliquer les principes en en faisant une adaptation ou une extrapolation au besoin.

du stage clinique pourrait faire varier grandement les connaissances et compétences essentielles de chaque résident à ce stade de la formation, un facteur dont les directeurs des programmes devront tenir compte lorsqu'ils établissent les stages. Les résidents juniors sont peut-être plus compétents dans la prise en charge médicale de l'intoxication et du sevrage, mais ils le sont moins pour évaluer ces conditions chroniques ou poser un diagnostic et appliquer les pratiques psychothérapeutiques dans ce contexte, ce qui pourrait limiter l'impact de l'expérience clinique précoce en addiction sur la pratique future en psychiatrie. Une expérience positive en début de résidence pourrait par ailleurs encourager les résidents en psychiatrie à sélectionner des stages en psychiatrie de l'addiction durant les dernières années de résidence, ce qui contribue à la formation de futurs leaders en psychiatrie de l'addiction. Les résidents seniors profitent plus des stages en addiction puisque durant leurs années de formation, ils ont été exposés à la psychothérapie, et à de meilleures aptitudes d'évaluation; aussi, la planification de leur pratique future est mieux établie, ce qui leur permet de mieux se concentrer sur l'apprentissage dans les domaines les plus pertinents à leur pratique (p. ex. dépistage et intervention brève pour les psychiatres en consultation-liaison, entretien motivationnel et autres aptitudes d'engagement pour les psychiatres auprès de patients hospitalisés ou approches factuelles de réduction des méfaits pour les psychiatres faisant partie d'une équipe de traitement communautaire intensif qui composent avec des troubles psychotiques chroniques), mais les programmes de résidence auraient plus de difficulté à intégrer ces expériences durant les dernières années de résidence, en raison du nombre limité de centres de formation sur les troubles concomitants en psychiatrie de l'addiction et de l'accès limité aux services primaires de traitement des dépendances. Les expériences longitudinales peuvent

combler ce fossé, mais il peut être difficile d'assurer une formation homogène faisant intervenir des modèles de comportements en psychiatrie de la dépendance et des pratiques factuelles.

Dans le but de répondre aux changements proposés par les objectifs des exigences de formation spécialisée du CRMCC, un groupe de travail comptant des membres de partout au pays et des experts en addiction a voulu préparer un énoncé de principes en matière de formation en psychiatrie de l'addiction et actualiser le programme-cadre de formation des résidents en psychiatrie sur les TUS et troubles addictifs. La première partie de cet énoncé de principes en deux parties¹¹, traite des aspects cliniques de la psychiatrie de l'addiction et formule des recommandations générales en matière de formation en psychiatrie. Les buts et objectifs fondamentaux de cette deuxième partie du présent énoncé de principes consistent à examiner et à décrire le contenu clinique, les stratégies potentielles de modification du programme et les moyens de développer l'expérience clinique en addiction afin que les programmes de formation en psychiatrie se conforment aux Exigences de formation spécialisée du CRMCC établies pour l'addiction. Les recommandations reposent sur un énoncé de principes antérieur de l'APC⁹, des manuels de ressource^{12,13}, des chapitres d'ouvrages¹⁴, des lignes directrices de pratique clinique¹⁵, des rapports de recherche publiés sur la formation médicale et la résidence en toxicomanie¹⁶⁻²³ et autres manuels médicaux importants²⁴⁻²⁷. Nous espérons que cet énoncé de principes permettra aux programmes de résidence canadiens de former des psychiatres en psychiatrie générale capables de prendre en charge, de manière factuelle et avec l'optimisme approprié quant à l'amélioration de l'état des patients, les patients aux prises avec des troubles concomitants ou des troubles addictifs primaires dans la pratique de la psychiatrie.

Recommandations

La section sur le contenu clinique détaillé définit les domaines de compétences sur les TUS et troubles addictifs devant être abordés, dont les effets des substances, la compréhension biopsychosociale et spirituelle des TUS et la façon dont ils recourent les troubles mentaux majeurs, l'épidémiologie de la toxicomanie, les compétences d'évaluation et de diagnostic des troubles addictifs et des troubles concomitants, la reconnaissance des stades du changement, le choix du contexte thérapeutique le mieux approprié, les compétences de prestation du traitement, la connaissance des ressources communautaires, le rôle de la famille dans le rétablissement et les composants liés aux attitudes. La section sur le contenu détaillé des séminaires décrit le contenu et les moyens de mettre au point un programme interactif axé sur les compétences et la succession ou le choix du moment potentiels des séminaires. La section sur les expériences cliniques décrit les options qui s'offrent aux programmes en vue de répondre à l'exigence d'un stage d'expérience clinique d'un mois en addiction ainsi que les bons et les mauvais côtés de chaque option et les besoins administratifs qui y sont liés.

Contenu clinique détaillé de la formation sur les TUS

On s'attend à ce que les résidents canadiens en psychiatrie puissent atteindre la compétence clinique en matière de connaissances, de compétences et d'attitudes appropriées à leur pratique afin d'évaluer, de prendre en charge et, au besoin, de recommander le patient qui présente des troubles primaires ou concomitants de TUS et d'addiction. Les connaissances, compétences et attitudes doivent refléter l'appréciation du continuum d'utilisation de substances et de participation aux comportements associés aux TUS et troubles addictifs, allant de l'abstinence et la consommation limitée à la consommation risquée, en passant par différents niveaux d'intensité de consommation de substances et de problèmes de jeu.

Il est recommandé que les connaissances, compétences et attitudes cliniques en matière d'addiction et de troubles connexes englobent les domaines suivants, lesquels figurent aussi au Tableau 2.

Effets des substances

Connaissances compétentes du mode d'action des principales substances rencontrées en pratique clinique, y compris l'alcool, la nicotine et le tabac, la caféine, le cannabis, les sédatifs hypnotiques (benzodiazépines, barbituriques, acide gamma-hydroxybutyrique), les stimulants (cocaïne, amphétamines, et stimulants synthétiques), les opiacés, les agonistes des récepteurs N-méthyl-D-aspartate (phencyclidine et kétamine), les inhalants, les stéroïdes et les hallucinogènes (hallucinogènes classiques et de synthèse). Cette

compétence constituerait le fondement d'une bonne compréhension de la façon dont la dépendance apparaît, et la base des différentes intoxications et/ou syndromes de sevrage.

Connaissances compétentes de l'intoxication aux substances et/ou des syndromes de sevrage permettant de reconnaître ces problèmes et de les prendre en charge, que ce soit en contexte de soins aigus ou communautaires. Seraient aussi nécessaires des compétences d'évaluation de la sécurité chez les patients hospitalisés, comparativement aux patients ambulatoires, au traitement du sevrage, à la gestion des médicaments et aux composants motivationnels.

Connaissances pratiques des effets de l'utilisation chronique de substances sur l'apparition et la perpétuation des complications médicales (p. ex. hépatite et virus d'immunodéficience humaine) et des troubles mentaux concomitants.

Connaissances pratiques des similarités et des différences entre les dépendances comportementales et celles qui sont liées aux substances.

Acquisition d'une compréhension biopsychosociale et spirituelle des TUS et troubles addictifs et de la façon dont les troubles psychiatriques majeurs se recourent

Connaissances compétentes du rôle crucial joué par le réseau dopaminergique de la récompense, ou du renforcement, du cerveau à titre de principal médiateur neurobiologique de la façon dont les TUS et troubles addictifs développent leur influence incitatrice sur les futurs comportements, comparativement aux récompenses naturelles, balancées par la connaissance des autres facteurs biopsychosociaux et spirituels contribuant au risque et à la résilience, dont le type de substance, la méthode d'administration, la posologie, l'âge de l'exposition, l'hérédité, les troubles psychiatriques sous-jacents et les traits de personnalité, les attentes envers la consommation, l'environnement, les antécédents de violence ou de négligence, la pression des pairs, la disponibilité, les facteurs culturels et/ou religieux et/ou spirituels et les aspects financiers.

Connaissances pratiques de la façon dont les facteurs de risque psychosociaux et spirituels, de même que les facteurs protecteurs, pourraient contribuer aux comportements envers les substances addictives et à leur utilisation initiale, mais à mesure que l'utilisation évolue vers la dépendance, comment, à l'aide du renforcement chronique, les facteurs biologiques remplacent ces facteurs de risque psychosociaux et spirituels. Ces connaissances permettraient de choisir différentes stratégies pour s'attaquer au continuum des TUS et troubles addictifs, allant de la consommation à risque aux formes les plus graves de dépendance, et de comprendre toutes les composantes du processus de rétablissement.

Tableau 2 Compétences sur les TUS et troubles addictifs proposées en fonction des stages

Variable	1 ^{re} année de résidence	2 ^e et 3 ^e années de résidence	4 ^e et 5 ^e années de résidence ^a
Connaissances			
Effets des substances	Prat	Comp	Avan
Compréhension biopsychosociale	Prat	Comp	Avan
Épidémiologie	Init	Prat	Comp et/ou Avan
Ressources communautaires	Init	Prat	Comp et/ou Avan
Aptitudes			
Dépistage	Prat	Comp	Avan
Évaluation et diagnostic	Prat	Comp	Avan
Prise en charge de l'intoxication et/ou du sevrage	Prat	Comp	Avan
Placement du patient	Init	Prat	Comp et/ou Avan
Traitement des troubles concomitants	Prat	Comp	Avan
Pharmacothérapie	Init	Prat	Comp et/ou Avan
Psychothérapie			
Interventions brèves	Prat	Comp	Avan
Entretien motivationnel	Init	Prat	Comp et/ou Avan
TCC et/ou prévention des rechutes	Init	Prat	Comp et/ou Avan
Facilitation des 12 étapes et gestion des contingences	Init	Prat	Comp et/ou Avan
Famille	Init	Prat	Comp et/ou Avan
^a Stage optionnel et/ou stage de fellowship de trois à six mois en psychiatrie			
Avan=Avancées; Comp=Compétence; Init= Connaissances initiales; Prat= Connaissances pratiques			

Connaissances pratiques de la façon dont les déterminants neurobiologiques et psychosociaux-spirituels des troubles mentaux concomitants courants chevauchent ceux des troubles addictifs, ce qui contribue à l'apparition et à la perpétuation des deux conditions.

Épidémiologie de l'addiction

Connaissances pratiques de la prévalence de chaque TUS et trouble addictif, et des différences entre les populations en fonction de l'âge, du sexe, du lieu de résidence et de la race.

Connaissances compétentes de la comorbidité du spectre des troubles médicaux et mentaux majeurs (dont les troubles de l'humeur, anxieux, psychotiques, cognitifs, du sommeil, d'hyperactivité avec déficit de l'attention, de l'alimentation, de la personnalité et somatiques et/ou de la douleur).

Connaissances pratiques des tendances émergentes en matière de disponibilité, de perception des méfaits, et d'autres facteurs qui encouragent l'apparition des TUS et troubles addictifs et aussi en empêchent l'apparition.

Connaissances pratiques des différentes trajectoires et des différents facteurs de prédiction de l'évolution des TUS et troubles addictifs. Bonne compréhension de la façon dont l'accès aux traitements factuels peut changer les résultats et la sensibilisation au phénomène de rétablissement

naturel, afin d'afficher l'optimisme approprié à l'égard du changement.

Évaluation et diagnostic

Compétences dans les connaissances et aptitudes à reconnaître les TUS et troubles addictifs. Cela inclut savoir comment obtenir une anamnèse qui révèle des TUS et troubles addictifs, reconnaître les signes et symptômes typiques qui suscitent un dépistage plus en profondeur, et l'importance de soumettre le patient à un test de dépistage de consommation de tabac, de médicaments sur ordonnance, de médicaments en vente libre et de dépendances comportementales, en plus des tests de dépistage d'utilisation d'alcool et de substances illégales. Aussi, les résidents doivent connaître les critères diagnostiques des TUS et troubles addictifs (DSM-5), mais aussi les définitions de la dépendance, telle que définie par les sociétés nationales et internationales (p. ex. l'*American Society of Addiction Medicine* et l'*American Academy of Addiction Psychiatry*).

Connaissances pratiques des outils de dépistage des TUS, tels que le questionnaire CAGE (*Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener*)²⁸, le test AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*)²⁹ pour le dépistage de la consommation d'alcool; et le test DAST (*Drug Abuse Screening Test*)³⁰ pour le dépistage de l'utilisation de drogues, de même que leurs valeurs seuil.

Connaissances initiales des autres instruments de dépistage, telle l'échelle GAIN-SS (*Global Appraisal of Individual Needs Short Screener*)³¹ et les échelles plus complètes visant à évaluer de manière approfondie l'impact des comportements de dépendance (p. ex. Indice de gravité d'une toxicomanie [IGT])³².

Compétences dans l'utilisation de l'échelle CIWA-Ar (*Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised*)³³.

Connaissances pratiques du rôle des tests de dépistage en laboratoire, des tests urinaires de dépistage de drogue et d'autres formes de tests de dépistage de substance, de même que leurs limites potentielles.

Connaissances et aptitudes compétentes visant à différencier de manière raisonnable les symptômes psychiatriques liés aux substances des troubles mentaux indépendants, et de comprendre leur pertinence clinique.

Connaissances pratiques des comorbidités courantes lors du dépistage d'un trouble (p. ex. comportements sexuels problématiques liés à la dépendance aux stimulants; troubles anxieux, dépressifs et du sommeil liés à la dépendance aux sédatifs hypnotiques).

Stades du changement et planification du traitement

Compétences quant aux différents stades reflétant le modèle transthéorique du changement³⁴ et comment les évaluer.

Compétences quant à l'évolution et aux différences des stades du changement en fonction de chaque trouble mental et/ou addictif.

Connaissances et aptitudes compétentes de la façon de modifier l'approche thérapeutique en fonction du stade du changement, avec au moins des connaissances pratiques (préférentiellement des connaissances et aptitudes compétentes) des techniques d'entretien motivationnel dans le but de modifier les comportements addictifs.

Connaissances et aptitudes compétentes de l'utilisation des techniques spécifiques d'intervention brève, avec au moins des connaissances pratiques (préférentiellement des connaissances et aptitudes compétentes) des techniques d'entretien motivationnel, de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et/ou de prévention des rechutes et/ou de facilitation des 12 étapes.

Connaissances pratiques de la gestion des contingences comme méthode pour stimuler à brève échéance la réduction de la consommation de drogues et l'abstinence.

Connaissances pratiques de la détermination du traitement approprié de l'addiction en fonction du contexte (p. ex. traitement ambulatoire, résidentiel ou à l'hôpital), de la durée minimale et du type de prestataire.

Connaissances pratiques de sélection des meilleurs traitements et de leur modification en fonction de la

réponse (p. ex. utilisation du critère de placement du patient de l'*American Society of Addiction Medicine* [ASAM PPC-2R])³⁵.

Connaissances et aptitudes pratiques d'utilisation de la pharmacothérapie pour traiter les TUS et troubles addictifs, y compris les médicaments utilisés contre le sevrage de l'alcool, pour la substitution des opioïdes, pour le traitement des troubles de consommation d'alcool (p. ex. naltrexone, disulfiram et acamprosate) et des troubles d'utilisation de nicotine (p. ex. thérapie de remplacement de la nicotine, bupropion et varénicline) et pour réduire graduellement la consommation d'opioïdes et de sédatifs hypnotiques. Connaissances et aptitudes compétentes de l'utilisation de la pharmacothérapie et de la psychothérapie dans le contexte des TUS et troubles addictifs et des troubles mentaux concomitants.

Ressources communautaires

Connaissances pratiques des ressources d'entraide (p. ex. Alcoolistes Anonymes et *Rational Recovery*) et de la façon de faciliter la participation à ces ressources de rétablissement (p. ex. facilitation des 12 étapes).

Connaissances pratiques de la gamme de ressources communautaires disponibles dans le quartier pour traiter ou aider à prendre en charge les TUS et troubles addictifs, y compris les approches factuelles de réduction des méfaits, les établissements de désintoxication, les options de traitement en consultations externes et les centres de traitement résidentiel.

Rôle de la famille et/ou de la communauté

Connaissances pratiques de l'impact des TUS et troubles addictifs sur la famille et la communauté de la personne affligée.

Connaissances et aptitudes pratiques visant à soutenir et à inclure la famille et la communauté de la personne affligée dans le processus de rétablissement, allant de la psychothérapie de couple à la thérapie familiale.

Les connaissances et compétences visent à incorporer des stratégies pour mieux adapter le traitement aux populations particulières (p. ex. le peuple autochtone), appliqué différemment en fonction de l'âge, du sexe et des facteurs ethnoculturels.

Attitudes

Connaissances personnelles des préjugés possibles à l'égard des personnes aux prises avec un TUS et trouble addictif, et empathie pour leur affection.

Afficher l'optimisme approprié à l'égard du changement et de l'amélioration graduelle de l'état des personnes aux prises avec un TUS et trouble addictif, tout en reconnaissant que la dépendance exige une approche qui convient aux troubles chroniques.

Organisation des séminaires de formation sur les TUS et troubles addictifs

Dans le but d'approfondir progressivement les connaissances et compétences à l'égard des patients le long du continuum, allant de la consommation à risque aux différents degrés de gravité d'utilisation de substances et de problèmes de jeu, il faut insister sur un programme axé sur les compétences de nature interactive et expérientielle. Le programme tiendrait compte du processus d'apprentissage continu, à partir de l'école de médecine et renforcé par des séances de FMC. Le programme sur les TUS et troubles addictifs, de même que le choix du moment et sa durée, pourrait être incorporé à des séminaires actuels ou pourrait être autonome, selon les besoins de chaque programme et la disponibilité des ressources.

Le fait d'incorporer le programme sur les dépendances aux séminaires actuels (formule intégrée) pourrait favoriser un enseignement et des débats de meilleure qualité sur les comorbidités, alors que le personnel enseignant et les résidents enrichissent leurs connaissances et compétences en addiction, mais cela pourrait restreindre le temps consacré à la discussion sur les pratiques factuelles précises, et ce, aux dépens de l'uniformité.

Les séminaires autonomes pourraient permettre une discussion en profondeur sur les sujets liés à l'addiction et pourraient mieux positionner la formation en addiction afin de mieux s'adapter aux connaissances, compétences et attitudes de base des résidents au fil de leur formation, mais pourraient limiter l'incorporation des pratiques auprès des patients qui présentent des syndromes psychiatriques prédominants.

Il a été proposé que le programme des deux premières années de résidence, soit un séminaire distinct d'au moins trois heures ou l'équivalent sous forme de séminaire intégré, se concentre sur les notions essentielles de psychiatrie de la dépendance et d'interventions brèves.

Durant les années de résidence 2 à 5, il a été proposé qu'un séminaire distinct d'au moins six heures ou l'équivalent sous forme de séminaire intégré aborde les principes avancés de psychiatrie de la dépendance. Puis séparément, durant les années de résidence 2 à 5, intégré dans les séminaires actuels de psychothérapie ou les exposés magistraux en addiction, il a été proposé qu'un séminaire d'introduction d'au moins trois heures soit inclus pour présenter les concepts fondamentaux d'entretien motivationnel, de prévention des rechutes et de facilitation des 12 étapes. Idéalement, ce séminaire d'introduction incorpore des études de cas ou de patients réels et/ou virtuels aux fins de pratique des techniques et de rétroaction. La section Documentation supplémentaire contient une description détaillée du contenu des séminaires et des séances de FMC.

Organisation de l'expérience clinique supervisée de la formation sur les TUS et troubles addictifs

L'expérience clinique supervisée obligatoire d'un mois exigée dans le cadre de la formation sur les TUS et troubles addictifs peut prendre la forme d'un stage intensif d'un mois, d'un stage de suivi longitudinal et/ou d'un stage mixte et/ou de durée limitée. Chacune de ces trois options exige la présence d'au moins un superviseur psychiatre agréé et expérimenté en formation ou ayant une expérience suffisante en psychiatrie de l'addiction ou en médecine de la toxicomanie. De préférence, les stages d'expérience clinique incluent plusieurs types de traitements et de contextes, et font preuve de diversité quant au sexe, au statut socio-économique et à l'ethnicité des patients.

Idéalement, les stages comptent des patients ambulatoires et hospitalisés, et mettent l'accent sur l'expérience structurée auprès de patients ambulatoires (p. ex. programme de traitement de jour en toxicomanie et cliniques de consultations externes établies) afin de mieux transmettre l'optimisme quant au changement possible chez les patients atteints d'un problème addictif ou d'un trouble connexe suivis longitudinalement. Les stages auprès de patients hospitalisés assurent le contact avec les patients, mais pourraient limiter l'observation du fonctionnement longitudinal de ces derniers et auraient tendance à limiter le contact avec les cas les plus récalcitrants (syndrome de la porte tournante), ce qui pourrait malencontreusement créer une certaine futilité thérapeutique et éloigner les résidents de cette population². Souvent, les patients inscrits aux expériences ambulatoires non structurées ne se présentent pas, ce qui à nouveau, pourrait éloigner les résidents de ce domaine de pratique. Afin de répondre aux exigences du CRMCC, le résident doit garder un registre d'apprentissage qui démontre l'équivalent de 80 à 120 heures de contact direct et indirect avec les patients, et décrit les compétences acquises auprès des patients de tous âges ayant reçu divers diagnostics d'addiction et de santé mentale. Il faut encourager la mise sur pied d'expériences cliniques supervisées de plus grande durée (p. ex. trois mois) en psychiatrie de la dépendance, étant donné qu'un mois, quoiqu'il s'agisse de la durée exigée par le CRMCC, est probablement insuffisant pour acquérir les compétences décrites dans les objectifs des exigences de formation spécialisée. Chaque option d'expérience clinique supervisée a ses bons et ses mauvais côtés. La section Documentation supplémentaire décrit la structure des stages.

En plus de la façon dont l'expérience en psychiatrie de l'addiction est organisée, il est recommandé que les résidents observent des rencontres de groupes d'entraide (p. ex. Alcooliques Anonymes) dans le cadre de leur expérience clinique supervisée d'un mois. Ils devraient visiter, du moins connaître les ressources communautaires qui s'offrent aux patients aux prises avec un problème addictif, afin de bien utiliser ces ressources durant le reste

de leur formation en résidence et leur pratique clinique future. La plupart des hôpitaux tiennent des rencontres des groupes Alcooliques Anonymes et Narcotiques Anonymes sur place, et les résidents peuvent négocier leur présence avec l'animateur des rencontres.

Un stage optionnel en psychiatrie de l'addiction d'au moins trois mois, mais préférablement de six mois, doit être offert aux résidents en 4^e et 5^e années de résidence en psychiatrie. Cette option n'est pas offerte par tous les programmes. Si un stage optionnel n'est pas offert pour une raison quelconque, il est possible de prendre des dispositions avec d'autres programmes afin de permettre aux résidents de participer au stage à un autre endroit. Le stage optionnel est conçu pour aider les résidents seniors en psychiatrie à approfondir leurs compétences d'évaluation et de prise en charge des patients aux prises avec un trouble primaire et concomitant lié à l'utilisation de substances et à l'addiction; à modifier encore plus l'attitude des médecins à l'égard des patients toxicomanes; et à permettre aux résidents d'approfondir les compétences appropriées pour prendre en charge de manière compétente et systématique ces patients dans leur pratique après avoir été reçus médecins. Un stage optionnel de trois ou six mois permettrait d'atteindre plus facilement le niveau de compétence en matière de TUS et troubles addictifs exigé par les objectifs des exigences de formation spécialisée, alors qu'un stage optionnel de jusqu'à 12 mois permettrait d'acquérir les compétences avancées et potentiellement l'expérience pratique suffisante ou le titre de fellow pour répondre aux normes d'agrément en psychiatrie de la dépendance. Le stage optionnel pourrait aussi donner aux résidents la chance de participer à part entière à un programme de traitement de la toxicomanie à l'hôpital et/ou résidentiel, y compris le suivi et la post-observation. Les programmes dont le nombre d'enseignants formés en psychiatrie de la dépendance est limité doivent donner la priorité aux résidents intéressés de leur programme dans le but d'élargir le corps professoral.

Administration et évaluation

Depuis que les objectifs d'exigences de formation spécialisée du CRMCC ont formalisé la formation sur les TUS et troubles addictifs, tous les programmes canadiens de résidence en psychiatrie doivent nommer un coordonnateur de la formation. Idéalement, le coordonnateur nommé est un psychiatre agréé en psychiatrie de la dépendance ou en médecine de la toxicomanie, a reçu le titre de fellow, ou fait état d'une expérience pratique étendue en psychiatrie et/ou en médecine de la dépendance fondée sur les données probantes. Le coordonnateur est responsable de concevoir et/ou d'organiser le contenu des séminaires, de même que de décider quel modèle à utiliser durant l'expérience clinique supervisée sur les TUS et troubles addictifs.

Des précepteurs compétents en psychiatrie devraient être nommés et/ou formés pour superviser les résidents et leur fournir un enseignement didactique. Bien que d'autres spécialistes puissent donner la formation supervisée sur les TUS et troubles addictifs, tels que des médecins de famille ou de médecine communautaire, leur rôle devra être complémentaire, puisque la supervision visant les exigences du CRMCC doit être assurée principalement par un psychiatre. La formation d'un corps professoral compétent devra être une priorité pour les programmes dépourvus de superviseurs compétents. Les directeurs des programmes de formation en résidence doivent rechercher et identifier précocement les résidents intéressés par la psychiatrie de la dépendance, avec des rencontres régulières prévues par la suite avec le coordonnateur sur les TUS et troubles addictifs afin d'assurer la croissance et la formation du corps professoral. Les coordonnateurs nommés sont aussi responsables de concevoir un seul formulaire d'évaluation touchant aux rôles CanMEDS pour la totalité des résidents du programme de formation afin de consigner le fait qu'ils répondent aux exigences du CRMCC. Un registre d'apprentissage gardé par le résident et démontrant l'équivalent de 80 à 120 heures de contact direct et indirect avec les patients atteints de TUS et troubles addictifs doit être revu par le coordonnateur, de concert avec le directeur de la formation en résidence.

Si des programmes capables de fournir les expériences décrites de formation structurée sur les dépendances n'existent pas sur place, il faut s'affilier à d'autres programmes de traitement résidentiels, de jour et en consultations externes sur les TUS et troubles addictifs. Si on prévoit incorporer dans les séminaires existants sur d'autres troubles psychiatriques majeurs des séminaires sur les TUS et troubles addictifs où l'enseignement est assuré par des psychiatres sans formation ni expérience en psychiatrie de la dépendance, il faut élaborer un programme de formation des formateurs dans le but de former ces instructeurs.

Orientations futures

À l'heure actuelle, certains centres de formation canadiens offrent des programmes de fellowship en psychiatrie de la dépendance. Une façon possible d'obtenir la sous-spécialité en psychiatrie de la dépendance au Canada consiste à faire reconnaître son diplôme par le CRMCC. Nous espérons que l'inclusion des exigences officielles de formation sur les problèmes de dépendance et troubles connexes dans les programmes de résidence en psychiatrie fera éventuellement augmenter le nombre de psychiatres qui détiennent des compétences en psychiatrie de l'addiction et favoriseront la sous-spécialisation³⁶. Les exigences actuelles de formation en vue de la sous-spécialisation sont offertes aux États-Unis par l'entremise de l'organisme *Accreditation Council for Graduate*

Medical Education (ACGME); ces exigences pourraient être appliquées au contexte canadien à l'avenir.

Dans le cas des nouvelles sous-spécialités en psychiatrie, soit psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie gériatrique et psychiatrie légale, il a été proposé que chacune d'entre elles incorpore un contenu ciblant les TUS et troubles addictifs durant les années de stage de fellowship.

À l'heure actuelle, les psychiatres canadiens en quête de validation pour une pratique spécialisée ont de nombreuses options à leur disposition. La certification de la sous-spécialité de psychiatrie de l'addiction pour les titulaires de la *US Board Certification in Psychiatry* est valide pendant 10 ans, est sujette aux activités de maintien des compétences, et peut être renouvelée par examen après avoir terminé un stage de fellowship de l'ACGME en psychiatrie de l'addiction à compter de la 5^e année de résidence. Les candidats qui ne répondent pas aux critères ci-dessus ont opté pour répondre aux critères de diplômé remis par l'*American Board of Addiction Medicine* (DABAM), qui lui aussi est valide pendant 10 ans. Actuellement, deux centres canadiens (à Vancouver et à Toronto) offrent des programmes de formation agréés par le DABAM. Une troisième option consiste à faire une demande auprès de l'*International Society of Addiction Medicine* pour obtenir un certificat international en médecine de l'addiction, lequel est reconnu par la Société médicale canadienne sur l'addiction³⁷. À l'échelle internationale, la promotion de la médecine de la dépendance comme spécialité médicale est très active dans les pays scandinaves, de même qu'en Australie et en Nouvelle-Zélande.

Étant donné l'étendue des problèmes d'addiction à tout âge au Canada, la comorbidité avec les troubles majeurs de santé mentale étant la norme et l'absence de disponibilité générale de fournisseurs de soins en toxicomanie, surtout en contexte de santé mentale, il est prioritaire de créer des programmes de résidence en psychiatrie sur les TUS et troubles addictifs afin d'améliorer les soins psychiatriques au Canada. Les nouvelles exigences de formation fournissent aux programmes l'occasion de se pencher sur les besoins non comblés des patients atteints de troubles concomitants, en améliorant les compétences de nos futurs psychiatres et, espérons-le, ce programme-cadre en facilitera la mise en œuvre.

Documentation supplémentaire

Organisation détaillée des séminaires de formation sur les TUS et troubles addictifs

Connaissances essentielles de la psychiatrie de l'addiction et introduction aux interventions brèves

Durant la 1^{re} ou la 2^e année de résidence, un séminaire distinct d'au moins trois heures ou l'équivalent sous

forme de séminaire intégré se penchant sur les notions fondamentales de psychiatrie de l'addiction, dont mode d'action des drogues causant l'addiction; intoxication et/ou syndromes de sevrage typiques; recours aux instruments d'évaluation du sevrage (p. ex. CIWA-Ar); introduction aux addictions comportementales et leurs similarités et/ou différences par rapport aux addictions aux substances; étiologie biopsychosociale de l'addiction; connaissance des façons de poser des questions sur l'usage problématique et/ou l'addiction, de dépister ces problèmes et de les reconnaître; autres aptitudes d'évaluation de base (y compris les critères diagnostiques et les façons d'aider à différencier les syndromes liés aux drogues des troubles psychiatriques sous-jacents); connaissances des lignes directrices de consommation d'alcool à faible risque; introduction aux stades du changement; et connaissances des interventions brèves dans la prise en charge des troubles addictifs et des troubles connexes. Dans le but de fournir une structure à l'exécution de l'intervention brève, il faut décrire le système mnémotique anglais FRAMES (FRAMES : personalized Feedback, Responsibility, Advice to change, Menu of options, Empathy, and Self-efficacy; en français : rétroaction personnalisée, responsabilité, conseil de changer, menu d'options, empathie et auto-efficacité), et permettre aux apprenants de pratiquer la technique par la suite. Le fait que les séminaires de notions essentielles se concentrent sur les aptitudes d'intervention brève s'explique par le fait que l'intervention brève est efficace et conçue pour être exécutée par des personnes n'ayant pas reçu de formation en addiction, voire une formation minimale^{39,40}.

Connaissances et compétences avancées en psychiatrie de l'addiction

Durant les années de résidence 2 à 5, un séminaire distinct d'au moins six heures ou l'équivalent sous forme de séminaire intégré dédié aux principes avancés de psychiatrie de l'addiction, dont : mode d'action des substances addictives et des comportements addictifs, et leurs effets aigus et chroniques sur l'état psychiatrique et la fonction cognitive; exploration poussée de l'aspect biopsychosocial de l'addiction, qui établit un lien entre les effets neurobiologiques des substances addictives et des comportements d'addiction et les régions précises du cerveau et leurs fonctions, met l'accent sur le rôle crucial de la dopamine dans l'acquisition de comportements d'addiction et d'autres mécanismes neurobiologiques qui interviennent dans la rechute, et facteurs psychosociaux qui abordent les concepts de risque et de résilience; revue de l'épidémiologie de l'addiction et ses recoupements avec les autres troubles mentaux, en insistant sur le continuum de la consommation et de la participation allant de la non-consommation, à la consommation non problématique, à la consommation à risque de substances et/ou aux problèmes de jeu; compréhension des différentes trajectoires empruntées par le continuum de l'utilisation

et/ou de la participation, allant de la possibilité d'un rétablissement naturel à la nature typiquement chronique et récidivante de l'addiction; moyens précis d'identifier et de diagnostiquer les troubles d'addiction et troubles connexes chez les patients psychiatriques, et comment différencier les symptômes indépendants des symptômes liés à l'addiction; connaissance des instruments spécifiques de dépistage des troubles d'addiction et troubles connexes, de même que les valeurs seuil qui suscitent une évaluation plus poussée et une attention plus étroite; moyens de faire ressortir et de reconnaître non seulement la consommation d'alcool et de substances illégales, mais aussi de médicaments sur ordonnance et en vente libre, et le tabagisme, de même que les comportements addictifs potentiels; connaissance des tests urinaires de dépistage des substances, y compris quand les utiliser, la durée des tests positifs et les limites d'emploi; connaissance des stades du changement et comment reconnaître le stade où se trouve un patient, afin d'adapter le traitement en vue de répondre à ses besoins actuels; savoir à quel moment les approches d'abstinence et de réduction des méfaits sont appropriées, et quelles pratiques factuelles elles incluent; connaissance des psychothérapies factuelles pour les troubles d'utilisation de substances et troubles addictifs, y compris les interventions brèves, l'entretien motivationnel, la prévention des rechutes-thérapie cognitivo-comportementale-thérapie comportementale, la gestion des contingences, la facilitation des 12 étapes, la gestion de cas et le soutien familial; compréhension du concept de rétablissement; connaissance de l'entraide; connaissance des pharmacothérapies factuelles pour traiter les addictions, dont celles qui favorisent le sevrage aigu et graduel, l'abandon du tabac, le maintien et/ou la substitution, le sevrage prolongé, les états de manque et les comorbidités mentales et/ou physiques (p. ex. la douleur); façon d'évaluer quel contexte thérapeutique est le mieux approprié pour l'intoxication et/ou les syndromes de sevrage, de même que le traitement initial et de suivi de l'addiction (p. ex. à l'aide du PPC-2R de l'ASAM); importance de faire participer les membres de la famille non seulement pour aider le patient à mieux s'engager, mais aussi pour aborder les répercussions qu'a l'addiction sur eux, ainsi que les données probantes étayant le counseling comportemental de couples; et connaissance des stratégies de prévention et leur application sur eux et leurs collègues reflétant des modèles de santé des médecins.

Psychothérapie sur les troubles d'utilisation de substances et troubles addictifs

Séparément, durant les années de résidence 2 à 5, intégré dans les séminaires actuels de psychothérapie ou les exposés magistraux en addiction, inclure un séminaire d'introduction d'au moins trois heures pour présenter les concepts fondamentaux d'entretien motivationnel, de prévention des rechutes et de facilitation des 12 étapes. Idéalement, ce séminaire d'introduction incorpore des études de cas ou de patients réels et/ou virtuels aux fins

de pratique des techniques et de rétroaction. Concepts inhérents à l'entretien motivationnel faisant ressortir l'ambivalence comme processus normal du changement; rôle du thérapeute à titre de facilitateur auprès des patients qui ont la capacité innée de changer; résistance comme indicateur du besoin de changer l'approche thérapeutique plutôt que d'émaner des défenses statiques du patient (p. ex. suivre le rythme de la résistance); et façon dont le changement est facilité en encourageant le patient à parler des bons et des mauvais côtés liés au *statu quo*, des bons et des mauvais côtés liés au changement, de sa confiance envers le changement et de son plan pour changer, y compris par des techniques spécifiques connexes et le moment des interventions. La prévention des rechutes examine les moyens de parler et d'aborder les signes avant-coureurs et les déclencheurs de l'utilisation (p. ex. états de manque, pressions sociales et situation à risque élevé), de même que la façon de créer un réseau de rétablissement et d'acquiescer des aptitudes d'adaptation pour gérer les déclencheurs et les affects négatifs. La facilitation des douze étapes a recours aux étapes habituellement utilisées par les Alcooliques Anonymes, se concentre sur les trois premières étapes, et encourage la participation.

Formation médicale continue

Une formation particulière en psychiatrie de l'addiction, offerte au moins deux fois par année aux résidents sur les lieux de leur résidence par l'entremise de conférences hospitalières ou universitaires pourraient non seulement réitérer le contenu abordé dans les séminaires et les stages cliniques, mais aussi insister sur le rôle de l'apprentissage continu par l'entremise de la FMC dans la pratique en addiction. Les programmes de formation doivent donner la priorité aux cours et ateliers qui traitent de psychiatrie de l'addiction, surtout si les ressources du site de formation sur les troubles d'utilisation de substances et troubles addictifs sont limitées (p. ex. revues annuelles et ateliers sur l'entretien motivationnel de l'*American Academy of Addiction Psychiatry*).

Organisation détaillée de l'expérience clinique supervisée de la formation sur les TUS et troubles addictifs

Expérience clinique supervisée intensive d'un mois sur les TUS et troubles addictifs

Ce stage conviendrait le mieux en 2^e année de résidence aux expériences cliniques obligatoires en psychiatrie générale de six mois auprès de patients hospitalisés ou ambulatoires, ayant lieu dans des établissements résidentiels équipés pour traiter les troubles concomitants (le sujet principal du programme est l'addiction, mais le programme peut traiter les patients atteints d'un trouble mental concomitant par l'entremise de soins psychiatriques sur place ou après consultation avec le

personnel capable de comprendre et d'identifier les signes de perturbation psychiatrique) ou dans des établissements de traitement ambulatoire dotés d'un programme structuré de jour, d'un programme de traitement de l'addiction pour les patients hospitalisés ou ambulatoires qui insiste sur les doubles diagnostics (le programme traite les troubles mentaux et addictifs de manière intégrée en présence d'un psychiatre sur place et de personnel formé pour reconnaître et traiter les troubles concomitants), ou avec la pratique individuelle d'un psychiatre de l'addiction à temps plein. Ce type d'expérience permettrait d'exposer de manière intensive, mais brève, les résidents aux traitements de divers patients aux prises avec une addiction, mais sa durée serait trop courte pour que le résident puisse observer un changement adéquat chez les patients, pour lui donner une bonne compréhension de l'évolution à long terme des troubles addictifs et des troubles connexes, et potentiellement de meilleurs résultats avec l'intervention continue.

Expérience clinique supervisée de suivi longitudinal des TUS et troubles addictifs

La formation serait longitudinale et aurait lieu durant les années de résidence 2 à 5, mais possiblement durant les quatre dernières années de la résidence en psychiatrie. L'équivalent d'une expérience clinique supervisée intensive d'un mois, décrite ci-dessus, est prérequis. Ce type de stage serait probablement la meilleure occasion de voir de multiples patients aux prises avec addictions et comorbidités, tout en donnant aux résidents les perspectives variées de différents superviseurs. La principale force de ce stage est qu'il permet aux résidents de prendre en charge des patients toxicomanes dans divers contextes de la pratique, dont un contexte deviendra leur pratique après la formation, afin de mieux leur permettre de traduire l'apprentissage en pratique. En outre, les résidents auraient l'occasion de prendre en charge des patients dans le cadre de divers programmes de traitement résidentiel ou de jour et des contextes de traitement du sevrage, leur permettant d'observer les changements qui surviennent dans chacun de ces contextes et de se familiariser avec ce que le traitement peut offrir aux patients. Par l'entremise de l'observation à long terme, les résidents peuvent mieux observer l'impact de la réduction de la consommation de substances sur les troubles mentaux concomitants. Toutefois, il serait difficile d'organiser la supervision par des psychiatres ayant une formation ou de l'expérience en addiction dans ce type d'expérience clinique supervisée, compromettant ainsi le mentorat ou l'application fiable des traitements factuels. La continuité des soins pose aussi un dilemme éventuel dans le stage de suivi longitudinal, surtout si les résidents changent de stage. En l'absence d'un programme continu auquel ils peuvent participer, les patients pourraient abandonner ou faire une rechute, et les résidents ne

pourront pas observer la durée à long terme et l'évolution des troubles d'utilisation de substances et des troubles addictifs.

Expérience clinique supervisée de suivi longitudinal mixte ou de durée limitée sur les TUS et troubles addictifs

Dans ce modèle, les résidents s'occupent de patients aux prises avec une addiction dans un programme pour patients hospitalisés, de traitement résidentiel ou ambulatoire structuré équipé ou qui insiste sur le traitement de l'addiction ou des doubles diagnostics une journée complète par semaine durant six mois, une demi-journée par semaine pendant 12 mois, ou une variante (p. ex. quatre demi-journées par semaines durant trois mois). Un modèle comme celui-là conviendrait le mieux en 2^e année de résidence aux expériences obligatoires de formation en psychiatrie générale de six mois auprès de patients hospitalisés ou ambulatoires, ou durant le stage en soins chroniques des années de résidence 3 à 5. Dans ce modèle, la supervision serait probablement assurée par un psychiatre qui applique les pratiques factuelles en addiction. Le modèle permettrait d'intervenir auprès d'un patient plus longtemps que dans le cadre de l'expérience intensive d'un mois, ce qui permettrait de mieux observer la progression des stades du changement et de mettre en pratique les diverses compétences utilisées pour s'adapter à la progression des stades du changement et du traitement.

Tout comme lors de l'expérience clinique de suivi longitudinal, les résidents auraient l'occasion de se renseigner sur l'expérience des patients dans divers contextes thérapeutiques rencontrés durant la résidence et d'observer comment les troubles de l'humeur, anxieux et autres troubles mentaux concomitants se modifient lors de la réduction de l'utilisation de substance. En raison de la supervision étroite assurée par un psychiatre de l'addiction, les résidents peuvent évaluer et prendre en charge le sevrage des substances chez les patients stables, recommander l'hospitalisation au besoin pour le traitement du sevrage, ou prendre en charge le sevrage à faible risque en consultations externes sous supervision. Cependant, ce modèle donne moins la chance d'évaluer et de prendre en charge les crises ou les rechutes, y compris la prise en charge de l'intoxication aiguë et des syndromes de sevrage. De plus, il serait impossible d'apprécier complètement en six mois les patients dont la maladie est chronique qui pourraient exiger plus de temps pour créer des alliances.

Références

1. Gunderson EW, Levin FR, Levounis P. Medical education. Dans : Galanter M, Kleber D, éditeurs. *Textbook of substance abuse treatment*. Washington (DC): American Psychiatric Publishing Inc; 2008. p 665–679.

2. Shorter D, Dermatis H. Addiction training in general psychiatry residency: a national survey. *Subst Abus.* 2012;33(4):392–394.
3. Brown RA, Evans DM, Miller IW, et coll. Cognitive-behavioral treatment for depression in alcoholism. *J Consult Clin Psychol.* 1997;65(5):715–726.
4. Center for Substance Abuse Treatment. Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP). Series 42 (DHHS publication no. [SMA] 05–3922). Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2005.
5. Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, et coll. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophr Bull.* 1998;24(4):589–608.
6. Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE, et coll. Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice. New York (NY): Guilford Press; 2003.
7. Weiss RD, Griffin ML, Greenfield SF, et coll. Group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: results of a pilot study. *J Clin Psychiatry.* 2000;61(5):361–367.
8. Ziedonis DM, Krejci J. Dual recovery therapy: blending psychosocial therapies for depression and addiction. Dans : Westermeyer JJ, Weiss RD, Ziedonis DM, éditeurs. Integrated treatment for mood and substance disorders. Baltimore (MD): John Hopkins University Press; 2003. p 90–121.
9. el-Guebaly N, Garneau, Y. Programme-cadre de formation des résidents en psychiatrie sur l'alcoolisme et la toxicomanie [énoncé de principes]. *Bulletin de l'APC.* 1997;29(5 tiré à part):1–6.
10. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) [Internet]. Ottawa (ON): CRMCC; [année de publication inconnue] [date citée inconnue]. À l'adresse : http://www.royalcollege.ca/rc/faces/oracle/webcenter/portalapp/pages/ibd.jspx?_adf.ctrl-state=g57c6a6vr_145&_afLoop=19050854411264405&_afWindowMode=0&_afWindowId=null!%40%40%3F_afWindowId%3Dnull%26_afLoop%3D19050854411264405%26_afWindowMode%3D0%26_af.ctrl-state%3D14ppi1dg35_4.
11. Fleury G, Milin R, Crockford D, et coll. Formation sur les troubles d'utilisation de substances et troubles addictifs, 1re partie : Survol de la pratique clinique et recommandations générales [Énoncé de principes]. *Revue canadienne de psychiatrie.* 2015;60(12 en ligne).
12. American Psychiatric Association. Resource manual for alcohol and other drug abuse education in psychiatry. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 1987.
13. Ballon B. University of Toronto postgraduate psychiatry clinical training in addiction psychiatry. Toronto (ON): University of Toronto; 2005.
14. Crockford D, el-Guebaly N. Addiction psychiatry. Dans : Leverette JS, Hnatko GS, Persad E, et coll., éditeurs. Approches to postgraduate education in psychiatry in Canada: what educators and residents need to know. Ottawa (ON): Association des psychiatres du Canada; 2009. p. 167–182.
15. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with substances use disorders, 2nd edition. *Am J Psychiatry.* 2007;164:1–123.
16. Dove HW. Postgraduate education and training in addiction disorders. Defining core competencies. *Psychiatr Clin North Am.* 1999;22(2):481–488, xi.
17. el-Guebaly N, Toews J, Lockyer J, et coll. Medical education in substance-related disorders: components and outcome. *Addiction.* 2000;95:949–957.
18. Fleming M, Barry K, Davis A, et coll. Medical education about substance abuse: changes in curriculum and faculty between 1976 and 1992. *Acad Med.* 1994;69(5):362–369.
19. Galanter M, Kaufman E, Schnoll S, et coll. Postgraduate medical fellowship training in alcoholism and drug abuse: national consensus standards. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1991;17(1):1–12.
20. Halikas JA. Model curriculum for alcohol and drug abuse training and experience during the adult psychiatry residency. 1992;1(3):222–229.
21. Renner JA. How to train residents to identify and treat dual diagnosis patients. *Biol Psychiatry.* 2004;56(10):810–816.
22. Renner JA, Quinones J, Wilson A. Training psychiatrists to diagnose and treat substance abuse disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2005;7(5):352–359.
23. [Aucun auteur nommé]. Substance abuse disorders: a psychiatric priority. Group for the Advancement of Psychiatry Committee on Alcoholism and the Addictions. *Am J Psychiatry.* 1991;148(10):1291–1300.
24. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: helping people change. New York (NY): Guilford Press; 2013.
25. Ries RK, Feillin DA, Miller SC, et coll., éditeurs. Principles of addiction medicine. 4^e éd. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
26. Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, et coll., éditeurs. Substance abuse: a comprehensive textbook. 4^e éd. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
27. Galanter MD, Kleber D, éditeurs. Textbook of substance abuse treatment. 4^e éd. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2008.
28. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA.* 1984;252:1905–1907.
29. Babor TF, Grant M. From clinical research to secondary prevention: international collaboration in the development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Health Res World.* 1989;13:371–374.
30. Gavin DR, Ross HE, Skinner HA. Diagnostic validity of the drug abuse screening test in the assessment of DSM-III drug disorders. *Br J Addict.* 1989;84:301–307.
31. Dennis ML, Chan YF, Funk RR. Development and validation of the GAIN Short Screener (GSS) for internalizing, externalizing and substance use disorders and crime/violence problems among adolescents and adults. *Am J Addict.* 2006;15(Suppl 1):80–91.
32. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, et coll. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis.* 1980;168(1):26–33.
33. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, et coll. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict.* 1989;84(11):1353–1357.
34. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(3):390–395.
35. Mee-Lee D, Shulman GD, Fishman M. ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders, Second Edition-Revised (ASAM-PPC-2R). Chevy Chase (MD): American Society of Addiction Medicine; 2001.
36. el-Guebaly N, Crockford D, Cirone S, et coll. Addiction medicine in Canada: challenges and prospects. *Subst Abus.* 2011;32(2):93–100.
37. el-Guebaly N, Violato C. The international certification of addiction medicine: validating clinical knowledge across borders. *Subst Abus.* 2011;32:77–83.
38. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). Objectifs de la formation spécialisée en psychiatrie [Internet]. Ottawa (ON): CRMCC; [année de publication inconnue] [date citée inconnue]. À l'adresse : <http://www.royalcollege.ca/cs/groups/public/documents/document/mdaw/mta5/~edisp/109002.pdf>.
39. Kaner EFS, Dickinson HO, Beyer F, et coll. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug Alcohol Rev.* 2009;28(3):301–323.
40. Moyer A, Finney JW. Brief interventions for alcohol problems: factors that facilitate implementation. *Alcohol Res Health.* 2004;28(1):44–50.