

EXPERIMENTATION DU CANNABIS THERAPEUTIQUE EN FRANCE

Contribution aux travaux du Comité
Scientifique Spécialisé Temporaire

THEME 1 : LA FORMATION



à propos

L630 est une organisation destinée à réunir des citoyens pour **promouvoir une réforme des politiques publiques des drogues** en France et au niveau européen. **Elle réunit principalement des juristes** et des personnalités engagées pour un changement de la législation en vigueur.

cette note d'information

Cette note d'information publiée par l'organisation est une contribution publique à la discussion qui prépare aujourd'hui l'expérimentation du cannabis thérapeutique en France. Elle est principalement destinée à l'Agence Nationale du Médicament et des Produits de Santé et vise à apporter des éléments que la société civile verse à la discussion.

L'apport n'est pas celui de professionnels de santé ou de patients mais de juristes et d'experts en matière de politiques de santé publique.

Nous précisons à toutes fins utiles que le présent document ainsi que les autres notes sont réalisés en toute indépendance à l'égard des entreprises comme des autorités et sont financés par les membres de l'organisation eux-mêmes.

auteur

Ce premier livret a été rédigé par **Yann Bisiou**.



Maître de conférences en droit privé à l'Université de Montpellier III, Yann Bisiou a été longtemps Vice-Président de l'établissement et constitue aujourd'hui l'une des personnalités les plus influentes de l'enseignement supérieur et de la recherche en France.

Engagé sur les questions relatives à l'enseignement, il propose ici une perspective globale visant à faire émerger plusieurs solutions pratiques.

INTRODUCTION

A l'issue des travaux menés par le Comité Scientifique Spécialisé Temporaire nommé en septembre 2018, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé qui a souscrit en juillet aux conclusions souhaite que les médecins qui participeront à l'expérimentation du cannabis médical soient formés.

Avant de définir les contenus et les méthodes pédagogiques qui pourraient être envisagées, encore faut-il définir les objectifs pédagogiques de la formation. **Quelle (s) finalité (s) donne-t-on à la formation dans le contexte de l'expérimentation de l'usage thérapeutique du cannabis ?**

C'est la principale question qui détermine ensuite le caractère obligatoire, les contenus et la nature de l'intervention envisagée. La grande variété que l'on constate dans les réglementations nationales s'explique par les différentes approches que l'on peut avoir de cette question. Schématiquement, la formation des médecins à l'usage médical du cannabis poursuit trois objectifs qui peuvent se cumuler :

- Assurer un socle commun de compétences (1)
- Assurer un contrôle des médecins (2)
- Assurer une meilleure mobilisation du corps médical (3)

Après avoir envisagé ces différentes finalités, on proposera de concevoir la formation comme un dispositif d'accompagnement à l'expérimentation pour les équipes soignantes et les patients (4).

Table des matières

Introduction.....	3
1. Assurer un socle commun de compétences.....	4
1.1 Assurer un contrôle du corps médical.....	5
1.2. Assurer une meilleure mobilisation du corps médical	6
1.3. Accompagner l'expérimentation par la formation	8
2. Méthodes et contenus pédagogiques.....	9
2.1 Des formations centrées sur le cadre réglementaire.....	10
2.2 Privilégier un enseignement distanciel.....	10
2.3 Concevoir une formation aidante	12
2.4 Concevoir une offre de formation globale.....	13
Recommandations.....	14

1. ASSURER UN SOCLE COMMUN DE COMPETENCES

C'est le premier objectif d'une formation, mais dans bien des pays autorisant l'usage médical du cannabis une telle obligation n'existe pas. En Allemagne ou en République Tchèque, on considère que les praticiens sont déjà habitués à se former aux nouvelles thérapeutiques.

Imposer une formation quand il s'agit du cannabis alors qu'aucune exigence n'est formulée quand il s'agit de prescrire des opiacés ou des substances plus addictives n'aurait donc pas de sens. Il conviendrait, dès lors, de s'en remettre à la conscience professionnelle des médecins.

L'agence de santé allemande précise ainsi que l'analyse de la littérature et l'information sur l'état de l'art relatif à la prescription médicale de cannabis relèvent de la seule responsabilité personnelle des médecins et les invite à consulter... les informations données aux praticiens par l'agence de santé publique du Canada !¹

Au Canada en effet, si aucune formation n'est imposée aux praticiens, les autorités de santé mettent à disposition des médecins prescripteurs des supports d'information en ligne². Les règles de prescription sont ensuite définies au niveau de chaque province le plus souvent par renvoi aux règles générales de déontologie, sans dispositif particulier. L'intégration de ce système d'information a d'ailleurs permis de faire croître considérablement le nombre de médecins prescripteurs.

Aux Pays-Bas, le Bureau du cannabis médical a édité une brochure téléchargeable de 20 pages à l'intention des professionnels de santé³. Même chose au Danemark, où le ministère de la santé a aussi publié un guide des prescriptions à l'intention des médecins dans le cadre du programme expérimental de cannabis médical⁴. Dans ces trois pays, les autorités précisent que leurs guides n'ont aucun caractère impératif et que les médecins engagent, seuls, leur responsabilité en prescrivant du cannabis à leurs patients.

1

https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Cannabis/Hinweise_Aerzte/node.html (consulté oct. 2019).

² Santé Canada, Renseignements destinés aux professionnels de la santé – le cannabis et les cannabinoïdes, oct. 2018.

³ Institute for Responsible Medication Use & the Office of Medicinal Cannabis, Ministry of Health, Welfare and Sport, Medicinal cannabis – Information brochure for doctors and pharmacists, june 2019.

⁴ VEJ n°9000 om lægers behandling af patienter med medicinsk cannabis omfattet af forsøgsordningen, 21 dec. 2017.

En France, les stupéfiants, le cannabis et les addictions sont déjà au programme de formation des étudiants en médecine.

En effet, la problématique est abordée dans le programme de PACES - MMOP à partir de l'année prochaine – (UE6, santé publique)⁵. Elle figure au programme du diplôme de formation générale en sciences médicales qui sanctionne les trois premières années d'études comme un des principaux items du bloc « système neurosensoriel et psychiatrie » des enseignements intégrés⁶. L'addiction au cannabis est encore étudiée de façon spécifique dans l'item n°76 de l'Unité d'Enseignement 3 « Maturation - Vulnérabilité - Santé mentale - Conduites addictives » du diplôme de formation approfondie en sciences médicales, en second cycle des études médicales⁷. En troisième cycle l'addictologie fait partie des formations spécialisées transversales et est abordée dans de nombreuses spécialités, médecine interne, médecine générale, hépato-gastro-entérologie, chirurgie orale, etc⁸.

La plupart des UFR de médecine proposent des DU en addictologie, l'université Paris-Sud offrant même son programme en e-learning. Ces formations spécialisées sont constituées d'enseignements magistraux et d'études de cas pour une durée allant de 110 à 150h et d'un stage obligatoire dont la durée va de 40 à 70h.

Si les futurs médecins français sont formés aux problématiques liées aux addictions, on notera que ce sont les risques associés à l'usage récréatif du cannabis qui sont mis en avant dans leur formation et non le potentiel thérapeutique de la plante. Sur ce point les programmes actuels sont silencieux ce qui justifie d'offrir une formation plus spécifique aux médecins engagés dans l'expérimentation.

1.1 ASSURER UN CONTROLE DU CORPS MEDICAL

L'obligation de formation peut être dictée par une volonté de contrôle du corps médical.

Pour les instances de régulation, il s'agit d'identifier les médecins habilités à prescrire du cannabis et de leur donner un cadre commun d'intervention.

La formation est alors une des conditions requises pour l'accréditation ou l'obtention d'une licence pour la dispensation du cannabis à des fins

⁵ Arrêté 28 oct. 2009, NOR ESRS0925329A, BO MESR, n°45, 3 déc. 2009.

⁶ Arrêté 22 mars 2011, NOR ESRST106857A, BO MESR, n°17, 28 avr. 2011.

⁷ Arrêté 8 avr. 2013, NOR ESRST1308333A, BO MESR, n°20, 16 mai 2013.

⁸ Arrêté, 27 nov. 2017, NOR ESRS1729561A, JO n°0296, 20 déc. 2017, texte n°49.

médicales. C'est le cas dans l'État de New York, un des rares à imposer une obligation de formation aux Etats-Unis d'Amérique. Les praticiens doivent suivre une formation en ligne d'une durée de 2 heures (auparavant 4 heures) avant de pouvoir s'enregistrer dans le programme de dispensation médicale du cannabis⁹. En Pennsylvanie, la législation transitoire adoptée en juin 2017 pour 3 ans prévoit également une formation obligatoire de 4 heures pour les personnels soignants des dispensaires et les médecins qui souhaitent recommander le cannabis à leurs patients¹⁰. Dans les États de Washington et de l'Ohio, le module d'une durée de 3 heures dans le premier¹¹, 2 heures dans le second, doit être suivi par les soignants en formation continue¹².

Deux spécificités rendent ces dispositifs américains peu reproductibles en France. D'abord, **aux USA le médecin ne « prescrit » pas le cannabis, il le « recommande » à son patient**¹³.

La responsabilité du médecin ne peut être engagée, c'est le patient qui assume les risques de la consommation médicale de cannabis. Une formation succincte suffit à écarter les principaux risques thérapeutiques et juridiques du praticien. Ensuite, cette obligation de formation va de paire avec une conception très large des prescripteurs qui inclut les naturopathes, les ostéopathes ou les infirmiers.

Dans l'État de Washington, des « consultants en cannabis médical », simples distributeurs ou vendeurs sans compétence médicale particulière, peuvent même délivrer le cannabis. La formation exigée est alors plus complète (20 heures)¹⁴. L'État de Washington n'est d'ailleurs pas le seul à faire peser l'obligation de formation sur les distributeurs de cannabis médical plutôt que sur les médecins. Un dispositif similaire existe en Californie¹⁵.

1.2. ASSURER UNE MEILLEURE MOBILISATION DU CORPS MEDICAL

⁹ New York Codes, Rules and Regulations, 10 CRR-NY 1004.1, a), 3)

¹⁰ Pennsylvania Code, §1181.23, 1181.24 et 1181.32.

¹¹ Revised Code of Washington, RCW 69.51A.300 ; Washington State Department of Health, Medical Marijuana (Cannabis) Authorization Guidelines, DOH 631-053, 2018, p. 3.

¹² Ohio Administrative Code, 4731-32-02, A), 7)

¹³ R. A. Mikos, Marijuana Law, Policy and Authority, Aspen casebook series, wolters Kluwer, 2017 p. 607.

¹⁴ Revised Code of Washington, RCW 69.51A.290

¹⁵ California Code of Regulations, DPH-17-010 Cannabis Manufacturing Licensing, §40280. Training Program.

L'obligation de formation est parfois perçue comme un frein à la dispensation. Elle risquerait de dissuader un certain nombre de praticiens de s'engager dans la prescription du cannabis thérapeutique.

En réalité, dans plusieurs États, c'est l'inverse qui se produit. **La formation aide à mobiliser le corps médical sur l'enjeu du cannabis thérapeutique et à augmenter le nombre de praticiens impliqués dans le programme.** C'est le cas en Israël où la formation est destinée à sensibiliser les médecins aux enjeux du cannabis thérapeutique¹⁶.

Au Luxembourg, le règlement Grand-Ducal du 21 août 2018 prévoit une formation obligatoire de 6 heures minimum traitant de 12 items¹⁷. C'est le ministère de la santé luxembourgeois qui organise les sessions de formation. Là encore la formation est l'occasion pour le ministère de la santé de mobiliser les personnels de santé. Deux journées de formation ont ainsi été organisées à destination de 300 médecins environ.

L'impact réel de la formation sur la mobilisation du corps médical reste toutefois incertain car la mesure s'est accompagnée d'un élargissement du champ des prescripteurs qui explique aussi l'augmentation du nombre d'intervenants.

C'est ce qu'a fait le Luxembourg en ouvrant à tous les médecins et non aux seuls « médecins-spécialistes » la possibilité de prescription, trois mois seulement après avoir autorisé la prescription médicale du cannabis¹⁸, et en organisant une autre formation pour les pharmaciens autour de la problématique de la délivrance du cannabis¹⁹.

Dans l'État de New-York, en trente mois, le nombre de praticiens enregistrés a été multiplié par trois en 30 mois après que les personnels non médecins (infirmiers, assistants-médicaux) aient été autorisés à dispenser le cannabis²⁰. L'État de New-York a aussi favorisé le développement du programme de cannabis thérapeutique en accélérant le processus d'accréditation. La demande d'accréditation est traitée en ligne ce qui permet au praticien de se former, d'être accrédité et de pouvoir prendre en charge des patients dans une seule et même journée²¹.

¹⁶ EMCDDA, Medical use of cannabis and cannabinoids, dec. 2018, p. 29.
Voir également :

https://www.health.gov.il/English/News_and_Events/Spokespersons_Messages/Pages/07092017_2.aspx (consulté oct. 2019).

¹⁷ Règl. Grand-Ducal, 21 août 2018, art. 2, JO Lux., n°868, 24 sept. 2018.

¹⁸ Règl. Grand-Ducal, 10 oct. 2018, art. 2, JO Lux., n°942, 12 oct. 2018.

¹⁹ Gouvernement du Grand-Duché du Luxembourg, Ministère de la Santé, rapport d'activité 2018, mai 2019, p. 153.

²⁰ New-York State – Department of health, Medical Use of marijuana under the Compassionate Care Act – 2 year report, 2019, p. 4.

²¹ New-York State – Department of health, Medical Use of marijuana under the Compassionate Care Act – 2 year report, 2019, p. 4.

1.3. ACCOMPAGNER L'EXPERIMENTATION PAR LA FORMATION

Dans le cadre de l'expérimentation du cannabis thérapeutique en France, La formation revêt une importance particulière. À la différence d'autres pays qui ont un discours plus équilibré sur le cannabis, l'idéologie prohibitionniste structure tout le fonctionnement administratif et thérapeutique.

Les réticences, pour ne pas dire l'hostilité, des institutions comme l'Académie de médecine²²e ou l'Académie de pharmacie ne vont pas faciliter le déploiement de ces traitements que les patients appellent de leurs vœux²³. Il faut donc expliquer, mais surtout convaincre les médecins de s'investir dans ce dispositif expérimental.

Dans un tel contexte, le caractère obligatoire de la formation n'est pas impératif. La pédagogie sous la contrainte est rarement efficace. Sans revenir ici sur tous les travaux qui abordent cette question, il suffit de prendre l'exemple des divers « stages de sensibilisation » obligatoires imposés à certains délinquants et, en particulier aux personnes condamnées pour des infractions à la législation sur les stupéfiants²⁴. Perçus comme une contrainte, ils ont peu d'effet et manquent largement leur cible²⁵.

Comme en Israël ou au Luxembourg, la formation doit avant tout avoir pour finalité de rassurer les médecins sur le cadre, à la fois thérapeutique et réglementaire, de l'expérimentation. Dans un premier temps, on peut penser que les médecins partenaires seront déjà sensibilisés aux enjeux puisqu'ils seront volontaires pour participer à l'expérimentation. Le caractère dérogatoire de l'expérimentation permet, par ailleurs, aux autorités de contrôle d'identifier ces médecins volontaires sans qu'il soit besoin d'une formation obligatoire. En outre, le caractère obligatoire de la formation est difficile à garantir, faute d'un dispositif d'identification suffisamment sécurisé. Nous reviendrons sur ce point essentiel dans la seconde partie. Dans un tel contexte, la formation doit être conçue comme une aide à la décision du corps médical plutôt que comme une contrainte technocratique.

²² Communiqué de l'Académie de Médecine, 19 juin 2019

²³ Académie de pharmacie, cannabis thérapeutique : une appellation abusive et dangereuse, communiqué de presse, 18 juin 2019.

²⁴ Jean-Philippe Vincentini et Gérard Clément, les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage des produits stupéfiants, Archives de politique criminelle, 2009/01, pp. 185-193.

²⁵ Ivana Obradovic, Les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, OFDT – Tendances, n°81, juin 2012.

Pas nécessairement obligatoire, **la formation doit en revanche s'inscrire dans la durée et non se limiter à un enseignement ab initio si l'on veut accompagner les soignants.** C'est l'approche retenue par la plupart des États américains où une offre très large de formation tout au long de la vie est proposée aux personnels soignants. En parallèle avec des formations généralistes comme « Clinical cannabinoid medicine curriculum » ou « Medical cannabis curriculum for nurses », TMCI Global, une plateforme éducative online accréditée par plusieurs États comme le Maryland, propose tout un panel de formations parfois très ciblées : « Is your patient impaired by cannabis ? », « cannabis in the management of neuromuscular disorders », « Role of the clinician: Helping patients optimize their therapeutic relationship with cannabis », etc.

Ne pas concevoir la formation comme une obligation administrative, mais comme un outil d'aide à la décision permet aussi d'ouvrir la formation à toute l'équipe médico-sociale qui accompagne le patient. À l'heure du secret médical partagé, ne former que les médecins prescripteurs serait anachronique. C'est une équipe médicale et sociale qui va accompagner le patient dans son traitement et tous les acteurs de cette équipe doivent pouvoir se former. On soulignera une nouvelle fois que les pays qui sont parvenus à avoir suffisamment de praticiens qualifiés pour répondre aux besoins des patients sont ceux qui ont élargi les prescripteurs aux professionnels de santé non médecins.

Au-delà de l'équipe médicale, le patient doit pouvoir, lui aussi, bénéficier d'une formation à l'expérimentation. Alors que les effets bénéfiques du cannabis sont discutés, cette formation permet de créer un corpus partagé entre patient et médecin. Elle favorise les échanges entre l'équipe médicale et le patient et, pour y parvenir, il est indispensable d'aller au-delà des obligations d'information prévues en matière de recherche biomédicale par l'article L1122-1 du code de la santé publique. Il faut donner la possibilité au patient de partager avec l'équipe soignante le cadre thérapeutique et administratif de l'expérimentation. Cette interactivité devrait d'ailleurs, dans l'idéal, se retrouver dans le dispositif de formation.

2. METHODES ET CONTENUS PEDAGOGIQUES

Une fois définies les finalités de la formation, sa mise en œuvre est assez simple. On constate en effet une grande homogénéité des contenus de formations, les différences se faisant essentiellement au niveau des volumes d'enseignements et des dispositifs de formations.

2.1 DES FORMATIONS CENTREES SUR LE CADRE REGLEMENTAIRE

Toutes les formations sont constituées de trois « blocs de compétences » majeurs :

- ➔ Le cadre légal et réglementaire
- ➔ La pharmacologie du cannabis
- ➔ L'utilisation médicale du cannabis (pathologies, bénéfices et risques)

Aux USA, on retrouve ces 3 blocs dans les États de New York, de Pennsylvanie ou de Washington. Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer de prime abord, le cadre réglementaire est souvent la priorité devant les aspects médicaux sur lesquels les médecins disposent déjà de compétences fondamentales.

Lorsque le volume horaire le permet, ces trois blocs de compétences sont complétés par plusieurs « mineures » dont une généralement consacrée à la présentation des cannabinoïdes et de leurs effets. Dans l'État de Washington où la formation dure 20 heures, 5 heures sont consacrées à la réglementation, 5 autres aux produits disponibles, leurs indications et contre-indications, et les avantages et inconvénients des différents modes d'administration²⁶. Ensuite, 5 modules de 2 heures abordent des questions connexes comme l'éthique et les droits des patients ou les mesures de sécurité à prendre et les règles de stockage des produits pour éviter qu'ils ne soient accessibles aux mineurs. En Pennsylvanie, outre le cadre réglementaire, le programme met l'accent sur une approche par pathologie en organisant les modules en fonction des situations cliniques : gestion de la douleur, soins palliatifs, etc. La question de l'articulation entre cannabis et opioïdes est également mise en avant dans plusieurs modules.

2.2 PRIVILEGIER UN ENSEIGNEMENT DISTANCIEL

Au Luxembourg ou en Israël, les autorités de santé ont choisi d'organiser des sessions de formation au ministère en réunissant 1 ou 2 fois par an les personnels de santé intéressés. Dans les autres pays, Canada, Danemark, Pays-Bas, USA, c'est l'enseignement distanciel qui est privilégié, par simplicité. Le dispositif pédagogique peut être très sommaire. On a vu qu'au Canada, aux Pays-Bas ou au Danemark, les autorités sanitaires se sont contentées de rédiger des guides en ligne que les médecins peuvent télécharger. En France, l'ANSM a une démarche comparable, mais plus

²⁶ Code of Washington, WAC 246-72-110.

pédagogique et plus complète, avec les supports de formation qu'elle propose sur certaines thématiques comme la Matériovigilance²⁷.

Dans les États américains, en revanche, la formation a été confiée à des organismes de formation en ligne spécialisés. La formation prend alors la forme de vidéos en ligne ou de diapositives à télécharger. Les établissements de formation sont choisis sur appel d'offre. Ces appels d'offres imposent un certain niveau de qualification des intervenants et le respect des « blocs de compétences » définis dans la loi. Pour assurer une certaine concurrence sur les tarifs, les États retiennent habituellement 2 établissements différents. On retrouve là une démarche pédagogique comparable à celle que l'on connaît en Europe sur certains médicaments comme l'hydroxyéthylamidon. Pour cette substance, l'Agence Européenne du Médicament impose de suivre une courte formation de 15 mn assurée par la société européenne d'anesthésiologie avant toute utilisation de ce médicament²⁸. En France, l'ANSM complète cette formation par la mise en ligne d'une plaquette diffusée sur le site internet de l'agence.

Les programmes en distanciels ont des avantages certains. Le dispositif est très souple à utiliser, rapide, simple à entretenir et il peut s'avérer moins coûteux sur la durée. Si la première année, le coût est très élevé (on considère qu'une heure de cours nécessite 5 heures de préparation au minimum la première année s'il y a captation vidéo contre 3 heures pour un enseignement en présentiel), les années suivantes le coût est plus faible qu'en présentiel (1 heure au lieu de 3)²⁹. Si l'expérimentation du cannabis thérapeutique est généralisée, les formations à distance pourront permettre des économies importantes et ce d'autant plus que le nombre de personnes à former ira croissant.

Le principal problème, classique, des formations en ligne est celui des conditions d'évaluation et donc, si la formation est obligatoire, de certification. Dans les programmes obligatoires, pour s'assurer que les personnels soignants ont bien suivi la formation, les enseignements font l'objet d'une évaluation sous forme de QCM sommaires (5 questions par exemple) pour chaque module. Toutefois, quand on analyse les dispositifs mis en place, on constate qu'aucune disposition particulière n'est

27 [https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Materiovigilance/La-formation-a-la-materiovigilance/\(offset\)/6](https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Materiovigilance/La-formation-a-la-materiovigilance/(offset)/6) (consulté oct. 2019).

28 <https://academy.esahq.org/esa/2018/hydroxyethyl-starch-solutions-training/257686/course.faculty.franais.-.use.of.hydroxyethyl.starch.solutions.according.to.html?f=listing%3D3%2Abrowseby%3D8%2Asortby%3D2%2Amedia%3D23%2Alabel%3D19011%2Afeatured%3D16357> (consulté oct. 2019).

29 Jean-Charles Pommerol, Yves Epelboin, Claire Thoury, Rapport pour le Conseil Scientifique de Paris sur les MOOC, déc. 2013, p.40.

mentionnée pour sécuriser ces examens. Tout fonctionne sur une base déclarative et rien ne prouve que c'est effectivement la personne enregistrée qui passe le questionnaire. Un soignant peut très bien donner ses codes de connexion à une tierce personne pour passer l'examen.

Le dispositif repose donc, en réalité, sur la conscience professionnelle des personnels soignants ce qui rend assez inutile de créer une contrainte. Soit les acteurs sont impliqués dans l'usage médical du cannabis, soit ils ne le sont pas, mais imposer une formation obligatoire n'ajoute rien. Certes des dispositifs de sécurisation existent pour les SPOOC (Small Private Online Courses) ou les COOC (Corporate Online Open Courses), mais ils renchérissent très fortement le coût de formation (entre 13 et 25 € par examen)³⁰. Il est aussi possible de prévoir des sessions d'examen en présentiel, mais le système devient très lourd à gérer et très lent. Il faut attendre les sessions annuelles ou semestrielles d'examen pour accréditer les personnels soignants. L'organisme de formation peut encore s'assurer de l'identité de la personne qui passe l'examen par un enregistrement vidéo. Le procédé est déjà expérimenté par différents acteurs du e-learning, mais là encore le coût est élevé et le dispositif perd en réactivité. En France il faut, en outre, s'assurer que la captation est conforme aux exigences de la CNIL. L'évaluation dans le contexte d'une certification obligatoire est donc un point délicat, et coûteux, si la formation est une condition d'habilitation des médecins. Si, en revanche, la formation s'inscrit dans une démarche volontaire du médecin le problème disparaît.

2.3 CONCEVOIR UNE FORMATION AIDANTE

Dans le contexte d'une expérimentation, et dans la perspective d'une généralisation de l'usage thérapeutique du cannabis, la formation ne doit pas être une contrainte, mais une ressource. L'essentiel est de donner aux personnels soignants et aux patients les informations dont ils ont besoin pour bénéficier au mieux du cannabis à usage thérapeutique en réduisant au maximum les risques associés à cette consommation.

Cette information peut passer, comme dans certains dispositifs déjà mis en place à l'ANSM que nous avons évoqués précédemment, par la mise à disposition de supports de formation, diapositives ou guides comme au Danemark ou au Canada. Un tel procédé est peu coûteux et facile à mettre en œuvre. L'ANSM pourrait le prendre en charge sur son site internet, mais, indépendamment des questions juridiques liées à la responsabilité de l'agence, cela semble peu envisageable si la formation ne

³⁰ IGAENR, Les innovations pédagogiques numériques et la transformation des établissements d'enseignement supérieur, Rapport n°2018-049, juin 2018, p. 31.

se limite pas à la mise à disposition de support d'enseignements. Or les supports d'enseignement ne sont pas aidants. La méthode fait reposer l'essentiel des efforts sur les apprenants livrés à eux-mêmes. En outre, elle est très directive, pas du tout interactive, et l'évaluation de son efficacité est difficile.

Les nouvelles modalités de cours en ligne, MOOC, SPOOC, COOC sont plus attractives pour les apprenants et ce sont celles que les États américains ont retenues. Des prestataires privés sont sélectionnés sur appel d'offre. L'agence de santé définit les contenus de formation et la qualification minimum des intervenants pour les différents modules et un ou deux organismes de formation en ligne sont sélectionnés pour prendre en charge le dispositif. Il faut toutefois avoir conscience que leur coût initial de production est élevé et difficile à rentabiliser pour un acteur privé. On estime qu'un MOOC standard coûte environ 50.000€ à produire sur 3 ans dont 31.000 € la première année.

Ce coût standard peut très vite augmenter si les contenus sont ambitieux (captation à l'étranger, en extérieur, animations 3D) ou si la formation est interactive. Aux Etats-Unis les formations d'une vingtaine d'heures sont commercialisées autour de 300 \$, 20 à 30 \$ pour les formations de 2 à 4 heures. Pour atteindre l'équilibre économique il faut former plusieurs centaines d'apprenants chaque année et les grands acteurs de la formation numérique sont restés à l'extérieur du dispositif. Ce sont généralement des associations ou des institutions publiques subventionnées qui assument les formations.

2.4 CONCEVOIR UNE OFFRE DE FORMATION GLOBALE

Si l'ambition est de répondre aux besoins d'information des équipes médico-sociales et des patients, l'idéal consiste à concevoir une formation en deux étapes: un enseignement initial sur les 3 grands items déjà évoqués et un enseignement ciblé dans la durée.

Pour les 3 blocs de compétences majeurs, le contexte propre à la France incite à proposer une formation qui ne soit pas inférieure à 2 heures par module afin de pouvoir rentrer dans le détail des différents enjeux. Cette durée pourrait être poussée à 5 heures, comme dans les formations longues prévues par certains États américains, si le financement le permet. Les deux principales méthodes de formation, documents en ligne et vidéos, peuvent être mobilisés. Là encore, le choix d'un dispositif ou de l'autre dépendra largement des financements disponibles pour les formations, la production d'un écrit étant beaucoup plus économique, mais moins pédagogique, que la réalisation de MOOC. On peut même retrouver le principe du compagnonnage qui domine les études de médecine en substituant en partie un format d'interview à celui du cours

magistral. Ce format a souvent bien plus d'impact sur les apprenants. Un médecin étranger peut, par exemple, être interviewé sur son protocole de prescription. Des QCM facultatifs permettraient aux apprenants d'évaluer leur degré de connaissance.

Cette formation initiale serait complétée par des modules proposés en formation continue. Une telle organisation pédagogique permet d'atteindre deux objectifs. Elle permet de mettre à jour l'information disponible et de rendre l'enseignement plus interactif. On peut en effet prévoir un retour d'expérience des apprenants qui nourrit des modules complémentaires. Elle permet encore aux apprenants de revenir dans le programme chercher de l'information au fur et à mesure de leur pratique.

Pour ces modules complémentaires, on peut s'inspirer des méthodes de formation qui s'imposent de plus en plus dans la formation professionnelle en créant une banque de très courtes vidéos (3 à 5 mn) sur des thèmes très précis. À titre d'exemple une série de vidéos peut être proposée pour préciser les choix sur les formes galéniques en fonction des pathologies avec des intitulés très précis. Une vidéo décrit la technique de vapotage du cannabis, une autre les enjeux déontologiques, etc. Ces courtes vidéos sont classées par thème et l'apprenant peut les consulter à la demande. Plusieurs dizaines de vidéos sont alors réalisées pour constituer un vade-mecum à l'usage des soignants et des patients.

RECOMMANDATIONS

1. Définir les finalités de la formation est un préalable pour en définir la durée et les contenus
2. La formation doit être une ressource, non une contrainte. Elle doit être conçue comme une aide et non une obligation.
3. La formation doit pouvoir bénéficier à l'ensemble de l'équipe médicale et non au seul médecin prescripteur
4. Les patients doivent également pouvoir bénéficier d'une formation s'ils le souhaitent
5. La formation s'articule autour de trois blocs de compétences fondamentaux : cadre légal et réglementaire, pharmacologie du cannabis, utilisation médicale du cannabis
6. Par souci d'efficacité et de rapidité, les formations en ligne sont plus indiquées.
7. La formation doit se concevoir comme un accompagnement des équipes soignantes dans la durée et non comme une condition d'accès au programme
8. Une aide financière à la conception et à la diffusion de la formation doit être envisagée.