

RESUME FRANCOPHONE

Project:

**Adapting best practice guidelines for
the prevention, screening
and treatment of substance misuse
in adolescents to the Belgian context
(ADAPTE-youth)**

Coordinator:

Karin Hannes (KU Leuven, Methodology of Educational Sciences Research Centre)

Partners:

Johan van Bussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) Drugs and
Illegal Substances Program (DISP)

Bert Aertgeerts, Belgian Centre for Evidence-Based Medicine (CEBAM)

Paul van Royen, Universiteit Antwerpen, Department of Primary and Interdisciplinary
Care

Wouter Vanderplasschen, Universiteit Gent, Department of Orthopedagogics

Marijs Geirnaert, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)

Sponsored by the Belgian Science Policy

Ce rapport est le résultat d'une étroite collaboration entre des chercheurs et des institutions sur une question commune, à savoir : comment accroître l'efficacité de la prise en charge des problèmes d'abus d'alcool et d'autres drogues chez les adolescents ? Cette question en implique toutefois une autre, tout aussi importante. En effet, approfondir la problématique de ce que l'on appelle les « bonnes pratiques » en matière de prévention, de dépistage et de traitement de ces jeunes exige avant tout de connaître l'étendue du problème particulier de l'abus d'alcool et d'autres drogues parmi les adolescents. L'abus d'alcool et d'autres drogues est un grand problème chez les jeunes partout dans le monde. Il ressort d'une étude précédente qu'à l'âge de 16 ans, 90 % de l'ensemble des jeunes européens ont déjà bu de l'alcool. D'une étude menée pendant l'année académique 2010-2011, il ressort que 8,5 % de nos jeunes de l'enseignement secondaire ont consommé du cannabis l'année précédente, un phénomène qui se rencontre plus souvent parmi les jeunes plus âgés.

Les données scientifiques que nous avons rassemblées dans le cadre de ce projet de recherche et qui se rapportent au contexte belge semblent suggérer que la réponse du gouvernement à la problématique sociale générale de l'abus de substances est efficace jusqu'à un certain point. Les chiffres collectés indiquent une diminution générale de la consommation d'alcool parmi les adolescents et du nombre d'hospitalisations liées à l'alcool dans cette tranche d'âge. Cela ne veut pas dire pour autant que le problème a réellement diminué car nous ne disposons pas de statistiques concernant les soins en ambulatoire. Cette tendance est toutefois confirmée par d'autres études menées dans le contexte local belge notamment par l'asbl flamande pour les problèmes d'alcool et autres drogues (VAD). Environ 12 % de nos jeunes vivent avec un parent qui abuse de l'alcool. Rares sont les informations concernant l'impact de cette situation sur les jeunes eux-mêmes.

Ce projet de recherche avait pour objectifs :

1. d'établir un relevé des données concernant la prévalence de l'abus d'alcool et de drogues parmi les jeunes, le relevé des facteurs de risque et des facteurs protecteurs associés à la consommation de drogues, et le relevé des risques pour les enfants vivant avec des parents qui font une consommation abusive de substances.
2. de faire le relevé descriptif des organisations et initiatives belges s'occupant de jeunes qui abusent de l'alcool ou d'autres drogues.
3. d'élaborer des guides de bonne pratique, spécifiques au contexte, sur la prévention, le dépistage, l'évaluation et le traitement de l'abus d'alcool et d'autres drogues parmi les adolescents en suivant la méthodologie ADAPTE. Cette nouvelle méthodologie, développée dans le but d'accroître l'efficacité de l'élaboration des guides de bonne pratique, permet d'adapter à un autre contexte les guides de bonne pratique internationaux existants. Divers

intervenants du terrain sont impliqués dans ce processus pour adapter les recommandations de ces guides de bonne pratique au contexte local belge. Cette méthodologie sera également évaluée.

Voici maintenant un bref résumé de ces différents objectifs. Des commentaires plus détaillés accompagnent les résultats de l'étude dans les différents chapitres du rapport scientifique final.

2.1. La prévalence de l'abus d'alcool et de drogues parmi les jeunes

Une analyse de la consommation de substances parmi les jeunes Belges (< 19 ans) a été effectuée à partir de l'enquête de santé menée au niveau national et des différentes enquêtes réalisées en milieu scolaire au niveau régional et local. Tout comme l'indique la littérature scientifique internationale, les enquêtes menées en Belgique montrent, elles aussi, que la substance psychoactive signalée le plus souvent comme étant consommée au moins une fois avant l'âge de 19 ans par les jeunes scolarisés est l'alcool (principalement la bière). En Belgique, les indicateurs épidémiologiques de base (consommation au moins une fois, consommation au cours de l'année écoulée et consommation au cours du mois écoulé) sont semblables pour les garçons et pour les filles. Mais la consommation d'alcool par semaine est plus fréquente et plus importante parmi les garçons. La consommation épisodique de grandes quantités d'alcool et la dépendance se rencontrent également plus souvent chez les garçons que chez les filles. Comparativement aux autres Européens du même âge, une prévalence significativement plus élevée s'observe principalement pour la consommation récente d'alcool.

Conformément aux résultats des enquêtes sur la consommation d'alcool parmi les jeunes, les troubles liés à la consommation de substances parmi les jeunes admis dans des établissements psychiatriques en Belgique sont le plus fréquemment dus à l'alcool. Tout comme pour la consommation, on constate une légère diminution du nombre de jeunes admis pour abus d'alcool. Il est important de signaler que ces statistiques ne révèlent qu'un pan des problèmes d'alcool parmi les jeunes Belges car elles ne concernent que les hospitalisations. Les soins en ambulatoire, entre autres, n'y apparaissent pas.

Parmi les substances psychoactives illicites, le cannabis est celle que les jeunes belges consomment le plus. Toutes les enquêtes menées auprès des élèves décrivent – même si les prévalences rapportées diffèrent – une augmentation avec l'âge jusqu'à un point où environ la moitié des jeunes âgés de 18 ans ont consommé au moins une fois du cannabis. La moyenne européenne pour cette tranche d'âge est plus faible d'environ 7 %.

La consommation de cannabis (consommation au moins une fois, consommation au cours de l'année écoulée et consommation au cours du mois écoulé) et la fréquence de la consommation sont plus élevées parmi les garçons que parmi les filles.

Tant les études en population générale que les enquêtes auprès des élèves montrent qu'en Belgique, la consommation de substances illicites autres que les cannabinoïdes est relativement limitée parmi les jeunes. Cela concorde avec les données pour les autres États membres de l'Union européenne. Néanmoins, les jeunes Belges, tout comme les jeunes du même âge en Bulgarie, en France, en Lettonie, à Monaco et au Royaume-Uni, semblent avoir expérimenté, plus souvent que les autres jeunes européens, des substances autres que les cannabinoïdes. Il s'agit surtout des amphétamines. Cela n'a rien d'étonnant car la Belgique est considérée comme l'un des principaux pays producteurs d'amphétamines, et la disponibilité pour la consommation pourrait donc y être plus élevée.

Présentent un intérêt les raisons données par les jeunes pour consommer des substances psychoactives. Des motifs comme « pour oublier mes problèmes », « pour me sentir bien » et « par ennui » pourraient indiquer un contexte de vie problématique. Cependant, les motifs qui sont le plus souvent cités (« pour le plaisir », « parce qu'on m'en présente », « pour me détendre » et « par curiosité ») indiquent probablement plutôt une phase d'expérimentation.

Dans la littérature, on peut repérer plusieurs facteurs protecteurs et facteurs de risque de la consommation de substances parmi les jeunes. On voit ainsi que les facteurs déterminants les plus importants et les plus solides pour la consommation ou la non-consommation de substances psychoactives sont les influences normatives provenant du contexte ou de l'environnement des jeunes. À cet égard, on note en premier lieu la désapprobation des parents et des amis concernant la consommation de substances : plus ils désapprouvent la consommation d'une certaine substance, plus le risque que le jeune en consomme est faible. Cependant, cet élément normatif est également influencé par le comportement de l'entourage (en particulier celui des amis) : plus le nombre de ses amis qui consomment une substance est élevé, plus le risque que le jeune en consomme aussi est élevé, et plus la fréquence à laquelle il en consomme est élevée.

En résumé, la plupart des jeunes Belges ont déjà été stimulés à essayer l'alcool et le cannabis. Au plan européen, la consommation de substances parmi les jeunes belges est donc relativement typique de la jeunesse d'aujourd'hui.

Sur la base de cette enquête, nous recommandons ce qui suit :

- Pour pouvoir légitimer les affirmations concernant la consommation de substances par les jeunes belges, il est nécessaire d'assurer le développement qualitatif et quantitatif de la surveillance épidémiologique de la consommation de substances par les jeunes belges, surtout par les jeunes de la communauté française ;
- La recherche épidémiologique doit aussi mesurer, de manière valide et fiable, la consommation des nouvelles substances psychoactives. À cet égard, c'est principalement la consommation de substances au sein du monde de la nuit qui mérite plus d'attention car c'est là que les nouvelles substances psychoactives sont introduites auprès des jeunes ;
- La surveillance épidémiologique quant au traitement des jeunes présentant des troubles liés à la consommation de substances doit être améliorée, la priorité allant à la prévention de la problématique au niveau de la première ligne.

2.2. Abus de substances par les parents : prévalence et risques pour les enfants

Les conséquences néfastes de l'abus d'alcool et de substances touchent non seulement les consommateurs, mais aussi leur famille (parents, partenaire et enfants). Il ressort d'études menées à l'étranger que les enfants de parents dépendants de l'alcool ou de drogues présentent un risque nettement plus élevé de développer toutes sortes de problèmes de santé, de troubles du comportement et de troubles émotionnels. On connaît mal l'ampleur de ces problèmes et leur impact sur la population en Belgique. La présente étude a pour but d'examiner les estimations existantes concernant la prévalence de la consommation de substances par les parents et de les extrapoler en estimant les risques pour la santé des enfants dans les familles où au moins un des parents abuse de l'alcool.

L'échantillon utilisé pour cette étude est issu des enquêtes nationales par entretien sur la santé (Health Interview Survey (HIS)) de 2001, 2004 et 2008. Les enquêtes par entretien sur la santé utilisent un échantillon stratifié, des familles étant sélectionnées lors d'une première phase, et des membres individuels lors d'une deuxième phase. En 2001, en 2004 et en 2008, le taux de participation des familles était respectivement de 61%, 61% et 55%, le nombre de familles atteintes lors des différentes vagues de l'étude étant respectivement 5530, 6513 et 5809. La présente étude a examiné l'abus de substances dans les familles avec et sans enfants en faisant le lien avec les problèmes de santé des enfants et les risques liés au milieu.

L'étude a montré que l'on rencontre moins d'abus de substances parmi les parents qui vivent avec des enfants mineurs que parmi les personnes qui ne vivent pas avec des enfants, mais

la différence n'était pas significative. Le pourcentage d'enfants vivant avec un ou deux parents faisant une consommation abusive (ou ayant au moins une fois fait une consommation abusive) d'alcool est estimé à 12 %, tandis que le pourcentage d'enfants de consommateurs réguliers de cannabis et de consommateurs d'autres drogues qui ont participé à l'enquête santé est estimé respectivement à 0,8 % et à 0,5 % de l'échantillon. Les enfants ayant un ou deux parents faisant une consommation abusive (ou ayant au moins une fois fait une consommation abusive) d'alcool présentent un risque plus élevé de développer toutes sortes de problèmes de santé, mais aucune différence statistique n'a pu être montrée à ce propos. Ces enfants sont significativement plus souvent exposés au tabagisme passif, et, dans ces familles, le recours aux soins de santé est nettement plus souvent reporté.

Malgré les limites de la présente étude, cette analyse secondaire des données des enquêtes par entretien sur la santé montre clairement la nécessité d'une plus grande attention aux risques pour la santé des enfants de parents dépendants et le besoin d'une politique adéquate et de stratégies de prévention et d'intervention adaptées pour répondre à ce problème.

Sur la base de cette enquête, nous recommandons ce qui suit :

- Des instruments de recherche spécifiques sont nécessaires pour mieux répertorier à l'échelle de la population les risques pour la santé des enfants dont les parents font une consommation abusive de substances.
- Une estimation précise de la prévalence est essentielle pour élaborer une stratégie et appuyer l'exécution d'interventions adaptées et l'application de mesures préventives pour ces enfants. Cependant, plusieurs problèmes méthodologiques ont un effet négatif sur l'identification des enfants et familles à haut risque. Pour évaluer la corrélation entre l'abus de substances par les parents et les différents résultats sur la santé, il faut donc disposer de suffisamment de mesures étendues sensibles. En outre, il est nécessaire d'avoir de plus amples informations concernant l'effet de l'abus d'alcool par les parents sur les familles et sur le bien-être et la qualité de vie des membres des familles pris individuellement.
- La note politique du gouvernement belge relative à la problématique de la drogue (2001) ne mentionne pas explicitement la manière d'aborder la parentalité parmi les personnes qui font une consommation abusive de drogues. Mettre fin au cycle intergénérationnel de dépendance et de privation et viser la reconstruction devraient cependant occuper une place centrale dans l'actuelle politique intégrale en matière de drogues.

- Enfin, le surplus d'attention accordée aux risques potentiels pour la santé de ces enfants ne devrait pas conduire à leur stigmatisation ou à des interventions inutiles. Certaines personnes et certains facteurs environnementaux peuvent aider un enfant à gérer ce type de situation. Des critères clairs sont nécessaires pour déterminer quand la protection de l'enfance peut intervenir dans ces familles.

2.3. Enfants vivant avec des parents consommateurs de substances

Une consommation abusive de substances par les parents comporte de multiples risques pour le fœtus et pour l'enfant en développement. En cas de consommation abusive d'alcool ou de drogues durant la grossesse et si l'enfant grandit au sein d'une famille dépendante de substances, la cohérence parentale pourrait être compromise, de même que l'implication émotionnelle vis-à-vis de l'enfant, dont le développement risque de ne pas se dérouler sans problème. Comme l'abus de substances durant la grossesse et après la naissance est supposé avoir des conséquences néfastes, il n'est pas socialement admis que des parents fassent une consommation abusive de substances ; cela est même considéré comme une situation irresponsable. Pourtant, certains parents dépendants de drogues réussissent à élever leurs enfants, et un certain nombre de ces enfants ne rencontrent pas de problème particulier. Les problèmes psychologiques, comportementaux et développementaux souvent signalés (comme le repli sur soi, l'agressivité, les difficultés d'attention et de concentration, les troubles de l'attachement) sont très probablement liés à un « mode de vie de dépendance » plutôt qu'à la consommation abusive elle-même. L'apparition de certains problèmes de développement dépend en effet fortement du degré de soutien social, de la personnalité et du caractère de l'enfant et de la présence d'autres facteurs de protection chez l'enfant ou dans l'entourage. Notre analyse secondaire des données relatives aux personnes en traitement pour problème d'alcool ou de drogues montre que de nombreux parents dépendants de drogues perdent (temporairement) la garde de leurs enfants, qui ne vivent plus avec eux. Ainsi, parmi les personnes dépendantes de drogues qui suivent un traitement de longue durée dans une communauté thérapeutique sans drogue, moins de 15 % vivent encore avec leurs enfants au moment de l'admission. De même, parmi les personnes dépendantes des opiacés qui sont traitées en ambulatoire par méthadone, moins d'un tiers vivent avec leurs enfants. Parmi les personnes dépendantes de l'alcool qui sont admises dans un hôpital psychiatrique, le pourcentage de celles qui vivent encore avec leurs enfants est un peu plus élevé (30-50%).

3. Vue d'ensemble des organisations belges s'occupant de jeunes qui font une consommation abusive de substances

En Belgique, l'organisation de l'aide sociale pour les jeunes mineurs d'âge est complexe parce qu'il existe de nombreux types différents d'institutions et que plusieurs gouvernements sont impliqués. Cette étude a donc répertorié l'offre disponible en matière de traitement et de prévention de la consommation de substances parmi les jeunes. Cet inventaire a été utilisé comme point de départ pour la sélection d'un panel d'experts pour l'étude ADAPTE proprement dite, comme décrit plus loin dans ce rapport. Une fois identifiés, les établissements pour le traitement et la prévention ont également été contactés pour une étude en ligne portant sur l'utilisation des guides de bonne pratique dans le traitement des jeunes présentant un trouble lié à la consommation de substances ou dans la prévention de ce problème chez les jeunes. Cette étude a interrogé les responsables thérapeutiques sur les caractéristiques du centre de traitement, leurs perceptions (connaissance et accès aux guides de bonne pratique dans le centre) et leur avis (facteurs stimulants et facteurs inhibants) concernant l'utilisation des recommandations cliniques.

Cette étude présente plusieurs limites, la plus importante étant le faible taux de réponses (entraînant la possibilité d'un biais de non-participation). Ceci a pour conséquence que les résultats de cette étude ne peuvent pas être simplement généralisés à tous les centres belges de prévention et de traitement qui travaillent avec des jeunes. Néanmoins, on retiendra quelques constatations intéressantes.

Parmi les organisations qui ont répondu au questionnaire, neuf travaillent exclusivement avec des jeunes dans le domaine de la consommation et l'abus de substances. Chacun de ces services proposait un soutien pour une prévention de l'abus d'alcool et de drogues illicites. Six de ces programmes de prévention proposaient également des services aux parents des mineurs. La plupart de ces services de prévention orientaient leur offre vers les élèves ou les jeunes vulnérables qui avaient des contacts avec d'autres instances sociales. De plus, un certain nombre de ces services cherchaient également à atteindre les jeunes participant à l'animation des jeunes et ceux du monde de la nuit. La plupart des programmes peuvent être classés dans la prévention universelle. Seuls quelques-uns proposaient aussi une prévention sélective (pour éviter que les jeunes présentant un ou plusieurs facteurs de risque particuliers ne se (re)mettent à consommer des substances) ou une prévention indiquée (pour éviter que ceux qui consomment ne consomment encore plus).

Contrairement au taux de réponse des services de prévention à l'enquête en ligne, celui des centres de traitement était raisonnablement élevé (31 %). Onze centres (ou services) de traitement en Belgique travaillent exclusivement avec des patients mineurs. La plupart de ces centres proposent des consultations, principalement pour des thérapies individuelles.

Environ un sur deux propose également des thérapies de groupe, et un sur trois propose aussi des traitements médicamenteux.

Ceux qui ont répondu (la plupart d'entre eux étant des responsables thérapeutiques) ont globalement une attitude positive vis-à-vis de l'utilisation des guides de bonne pratique et les utilisent avec confiance dans le traitement de la consommation de substances. Cependant, la plupart d'entre eux considèrent l'expérience clinique comme équivalente dans la réalité quotidienne. De plus, certains font remarquer que les guides de bonne pratique ne laissent pas une place suffisamment large aux besoins des patients et à leurs attentes. Certains expriment aussi la crainte qu'on en vienne à casser la liberté thérapeutique.

La plupart des centres de traitement disposent de guides de bonne pratique pour le traitement des troubles liés à la consommation de substances, mais seulement quelques-uns disposent de guides de bonne pratique spécifiques pour le traitement des jeunes. D'après les responsables thérapeutiques, l'une des principales raisons est le manque de moyen, de connaissances et de compétences pour mettre en œuvre les recommandations cliniques dans le traitement des jeunes présentant des problèmes liés à la consommation de substances. Pour traiter les jeunes, on a donc encore trop souvent recours aux programmes thérapeutiques généraux.

Sur la base de cette enquête, nous recommandons ce qui suit :

- Concernant l'intervention précoce, la réduction des dommages et à la réintégration sociale des adolescents qui font une consommation abusive de drogues, il y a peu d'offre en Belgique. L'effet de ces interventions devrait être examiné, et, s'il s'avère qu'elles sont efficaces, ces approches pourront être intégrées dans les guides de bonne pratique futurs.
- Étant donné le faible taux de réponse, l'enquête sur l'utilisation des guides de bonne pratique dans le traitement et la prévention de la consommation de substances parmi les jeunes doit être prolongée selon une méthodologie adaptée.
- Un postgraduat en traitement des troubles liés à la consommation de substances permettrait aux (futurs) cliniciens de mieux connaître les guides de bonne pratique basés sur les preuves pour qu'ils aient une attitude plus positive vis-à-vis de ces derniers.
- Comme alternative à l'approche traditionnelle en matière de prévention et de traitement, il faudrait poursuivre le développement et l'évaluation de programmes de traitement orientés sur la demande.

- En matière de prévention et de prise en charge de l'abus d'alcool et de substances parmi les jeunes, il est contre-productif de fragmenter les responsabilités. Il faut augmenter la cohérence et l'efficacité de la communication entre les différents intéressés sur le terrain. Les obstacles à un tel réseau doivent être identifiés et éliminés afin d'améliorer les relations interprofessionnelles entre les intervenants.
- Dans une future enquête, les jeunes devraient pouvoir exprimer leurs besoins et préciser ce qu'est, pour eux, une « bonne » prise en charge. Les programmes existants peuvent ainsi mieux s'accorder aux besoins des jeunes.

Le développement de guides de bonne pratique spécifiques au contexte.

La prise en charge des adolescents qui abusent de l'alcool ou d'autres drogues est très fragmentée ; elle est assurée par une grande variété de travailleurs de terrain employés dans des secteurs très divers, parmi lesquels les soins de santé, le secteur social et l'enseignement. Les meilleurs soins possibles sont sans doute prodigués plus efficacement s'il existe des accords clairs entre les intervenants et si les intervenants d'un même secteur fournissent des soins comparables. Les guides de bonne pratique peuvent apporter une contribution importante à l'amélioration de la qualité des soins. Les guides de bonne pratique basés sur les preuves s'appuient sur les résultats d'une synthèse méthodique des études scientifiques. Le principal objectif est de soutenir le travailleur de terrain dans la prise des bonnes décisions pour sa clientèle. Au début de ce projet, il n'y avait, en Belgique, aucun guide de bonne pratique pour la prévention, le dépistage, l'évaluation et le traitement de l'abus de substances parmi les adolescents. Le projet ADAPTE-youth a été mis en place pour combler ce manque. Comme l'élaboration de nouveaux guides de bonne pratique demande beaucoup de temps, la collaboration internationale ADAPTE a développé une méthodologie pour adapter les guides de bonne pratique existants de manière à ce qu'ils puissent être utilisés dans un autre contexte local. C'est la méthodologie suivie pour le projet ADAPTE-youth.

La méthode ADAPTE est un processus par étapes permettant d'adapter les guides de bonne pratique internationaux à un contexte local. Elle comporte trois phases : la préparation, l'adaptation et la finalisation (voir le Tableau A ci-dessous). La préparation comprend notamment la constitution d'un panel d'experts. La phase d'adaptation comporte la rédaction de questions cliniques et la recherche des guides de bonne pratique utilisés comme sources. Les guides de bonne pratique pertinents et de bonne qualité sont sélectionnés pour être adaptés. Ensuite, leur qualité est évaluée ainsi que celle des faits probants pour chaque recommandation. Chaque recommandation est ensuite évaluée par le panel. Les recommandations pertinentes et réalisables en Belgique sont retenues pour le nouveau

guide de bonne pratique belge. La phase de finalisation consiste à rédiger le guide de bonne pratique provisoire, le piloter et demander un retour aux intéressés du terrain. Leurs remarques sont utilisées pour la rédaction de la version finale, qui est alors soumise à un institut indépendant pour validation. En Belgique, la validation est assurée par le Centre belge pour l'Evidence Based Medicine (CEBAM).

Tableau A. Aperçu schématique du processus d'adaptation

Phases	Tâches de l'équipe de recherche	Tâches du panel
Préparation	Préparation du processus ADAPTE	
Adaptation		Rédaction des questions cliniques
	Recherche de guides de bonne pratique	
	Évaluation de la qualité des guides de bonne pratique Évaluation de la validité et de la cohérence des faits probants par recommandation	
		Sélection des recommandations en fonction de la possibilité de les appliquer et de les réaliser en Belgique
	Rédaction du guide de bonne pratique provisoire	Commentaires sur le guide de bonne pratique provisoire
Finalisation	Examen externe	
	Production du guide de bonne pratique final	

Préparation

Les préparations pour le processus d'adaptation comportent, en plus de la constitution du panel, la détermination des procédures à suivre pour le consensus, l'élaboration d'un formulaire pour le consentement éclairé pour le panel et d'un formulaire pour le signalement des éventuels conflits d'intérêts et la rédaction d'un protocole précisant en détail toutes les étapes ainsi que le calendrier.

Constitution du panel

Pendant le projet ADAPTE-youth, le groupe de chercheurs a décidé de faire une distinction entre, d'une part, la prévention et, d'autre part, le dépistage et le traitement parce que ces deux volets impliquent des intervenants différents. Deux panels distincts (composés d'experts) ont donc été constitués.

La composition du panel est essentielle pour la crédibilité du guide de bonne pratique. Selon la méthodologie ADAPTE, les connaissances et compétences qui doivent être représentées au sein du panel sont les suivantes : connaissances cliniques, expérience personnelle, connaissances politiques ou administratives, connaissances méthodologiques sur les recherches scientifiques, connaissances sur la revue de la littérature, expérience en gestion, connaissances pour la mise en œuvre et compétences pour la facilitation du panel. On a essayé de recruter pour chaque panel plusieurs personnes pour chaque connaissance et/ou compétence, avec une attention particulière à la répartition équilibrée entre la Wallonie et la Flandre. Comme des personnes de différents horizons peuvent répondre au critère « connaissances cliniques », quatre sous-groupes ont été créés pour chaque volet, en fonction du lieu de travail. Pour la prévention : associations de jeunesse, écoles, institutions de soins de santé et institutions sociales. Pour le traitement : travailleurs sociaux, institutions de soins de première ligne, institutions ambulatoires et institutions résidentielles.

Pour le recrutement des membres du panel, on a utilisé le plan cartographique descriptif décrit précédemment, qui donne un aperçu de l'ensemble des organisations, groupes et initiatives belges dans le domaine de la prévention, de la détection et du traitement des enfants et des jeunes qui font une consommation abusive de substances. Toutes les organisations ont été invitées à collaborer à ce projet. Pour le volet prévention, 188 organisations ont été invitées (105 organisations de jeunes et 83 organisations qui s'occupent de la prévention de la consommation d'alcool ou de drogues), et 7 ont réagi positivement. Pour le volet dépistage et traitement, 124 organisations ont été invitées, et 7 ont réagi positivement. Pour compléter les deux panels, on a eu recours à un échantillonnage dirigé en adressant une invitation aux responsables des groupes qui manquaient. Le Tableau B donne un aperçu des membres des panels présents lors d'au moins une réunion.

Tableau B. Composition des panels d'experts pour le projet ADAPTE-youth

Domaine de connaissances	Panel « Prévention »	Panel « Traitement »
Clinique	<p><u>Associations de jeunesse</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Freek Stevens (Formation et entraînement des responsables, Scouts et Guides) 	<p><u>Travailleurs sociaux</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cis Dewaele, Coordinateur de Vlastrov (fédération flamande des travailleurs sociaux de rue) et collaborateur à Steunpunt Algemeen Welzijnswerk (Point d'appui d'aide sociale générale), Berchem
	<p><u>Écoles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Trees Ameloot (Médecine préventive Centre d'encadrement des élèves (CLB), Vrije CLB koepel (Coupole libre des CLB)) - Geertrui de Ruytter (Directeur, Conseil flamand de l'enseignement) 	<p><u>Institutions de soins de première ligne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Michel Vanhalewyn (médecin généraliste à Bruxelles ; collaborateur et auteur de recommandations de bonne pratique, Société scientifique de médecine générale (SSMG))
	<p><u>Institutions de soins de santé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dominique Roos (Directeur, PISAD (Provinciaal Interbestuurlijk Samenwerkingsverband voor Aanpak van Drugsmisbruik), Oudenaarde) - Leen Derrooms (Travailleur de prévention tabac, alcool et drogues, Centre de santé mentale Ahasverus, Asse) - Johan Van de Walle (Travailleur de prévention, De Sleutel, Gand) - Christophe Kino / Marc Tak (Centre de santé mentale Eclips, Gand) 	<p><u>Institutions ambulatoires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kris Van Gerwen, infirmier en chef / thérapeute en thérapie familiale multidimensionnelle, Cannabis clinic CHU Brugmann, Bruxelles - Hannelore Sanders, coordinatrice des soins ambulants en matière de toxicomanie, Drugzorg VZW Kompas, Roulers/Courtrai - Koen Leysens, pédagogue/psychothérapeute, centre de santé mentale Vagga, Anvers - Arlette Wertelaers/Anja Schillebeeks, asbl Katarsis, centre de désintoxication des toxicomanes, à Genk ; médecin Logo (réseaux de santé locorégionaux) dans le Limbourg
	<p><u>Institutions sociales</u></p>	<p><u>Institutions résidentielles</u></p>

Domaine de connaissances	Panel « Prévention »	Panel « Traitement »
	<p>Caroline Costers (Collaboratrice de staff, Service de prévention communal de Knokke-Heist)</p> <p>- Anne De Smet (Travailleur de prévention, Service intercommunal de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie de Wezenbeek-Oppem, Wemmel, Kraainem, Linkebeek et Drogenbos)</p> <p>- Dominique Biétheres (Psychologue, Service Prévention du Centre ALFA, Liège)</p>	<p>- Georges van der Straten, directeur de la communauté thérapeutique Trempline asbl à Châtelet</p> <p>- Johan Sools, thérapeute comportementaliste / psychologue clinique, clinique psychiatrique Broeders Alexianen, à Tirlemont</p>
Personnel	- Deux représentants d'Al-Anon, Association pour parents et amis d'alcooliques, Bruxelles et Anvers	- Deux représentants d'Al-Anon, Association pour parents et amis d'alcooliques, Anvers et Bruxelles
Stratégie	<p>- Sara de Meyer (Coordinatrice, Service municipal Drogues, Anvers)</p> <p>- Alexander Witpas (Adjoint au directeur, Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (« assurance soins de santé » en Flandre)</p>	- Bert Mostien, cadre / coordinateur en matière de drogues, Lutte contre la drogue, province de Flandre-Orientale, Gand
Recherche scientifique	- Peer van der Kreeft (Maître de conférences de formation pratique, HoGent (Haute Ecole de Gand)	- Lore Willem, collaboratrice scientifique de l'unité d'enseignement et de recherche en Psychologie clinique, Université catholique de Leuven (KUL)
Mise en œuvre	- Ilse Bernaert (Collaboratrice de staff, VAD)	
Recherche dans la littérature scientifique Gestion du temps Facilitation des panels	<p>- Mieke Autrique / David Möbius (VAD)</p> <p>- Trudy Bekkering (KU Leuven)</p> <p>- Karin Hannes (KU Leuven)</p>	<p>- Paul van Royen (Université d'Anvers)</p> <p>- Trudy Bekkering (KU Leuven)</p> <p>- Karen Smets (Université d'Anvers)</p> <p>- Karin Hannes (KU Leuven)</p>

4. Recherche de guides de bonne pratique à utiliser comme sources

L'étape suivante de l'adaptation consiste à identifier parmi les guides de bonne pratique basés sur les preuves ceux qui sont de grande qualité. Pour ce faire, nous avons réalisé une synthèse méthodique orientée sur les questions suivantes :

1. Combien de guides de bonne pratique basés sur les preuves sont disponibles pour la prévention, le dépistage, l'évaluation et le traitement de l'abus d'alcool et d'autres drogues parmi les adolescents ?
2. Parmi ces guides de bonne pratique, combien sont de grande qualité sur le plan méthodologique ?
3. Quel est le contenu de ces guides de bonne pratique de haute qualité pour ce qui est de la population cible, des professionnels et des recommandations ?

Pour effectuer la synthèse méthodique, nous avons suivi la méthodologie utilisée par la Cochrane Collaboration et par la Campbell Collaboration. Nous avons effectué une recherche dans diverses bases de données électroniques, dans les sites Web des organisations pertinentes et nous avons passé en revue les listes de références des publications importantes. Nous avons également demandé à des spécialistes du domaine de fournir des guides de bonne pratique. Nous avons inclus les guides de bonne pratique basés sur les preuves concernant la prévention, le dépistage, l'évaluation ou le traitement de l'abus d'alcool ou de drogues parmi les jeunes de 12 à 18 ans. Les guides de bonne pratique devaient être récents (à partir de 2006), et la langue de publication devait être l'anglais, le français, le néerlandais ou l'allemand. L'évaluation de la qualité des guides de bonne pratique a été effectuée au moyen de l'instrument AGREE II par deux personnes indépendamment l'une de l'autre.

La synthèse méthodique a donné 32 guides de bonne pratique basés sur les preuves concernant l'abus d'alcool et des autres drogues parmi les adolescents. 9 guides de bonne pratique ont obtenu une évaluation supérieure à 50 % sur la sous-échelle « méthodologie » de l'instrument AGREE II et étaient de grande qualité sur le plan méthodologique. Le Tableau C donne un aperçu des guides de bonne pratique sélectionnés.

Tableau C. Guides de bonne pratique de grande qualité concernant l'abus d'alcool et des autres drogues parmi les adolescents.

Titre original (numéro, année de publication)	Population cible
Interventions in schools to prevent and reduce alcohol use among children and young people (UK001, 2007)	Enfants dans l'enseignement primaire et secondaire
Alcohol-use disorders: diagnosis and clinical management of physical complications (UK003, 2010)	Adultes et enfants à partir de l'âge de 10 ans
Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking (UK004, 2010)	Adultes et enfants à partir de l'âge de 10 ans
Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (UK005, 2011)	Enfants (à partir de l'âge de 10 ans) et adultes chez qui a été diagnostiquée une consommation excessive et prolongée d'alcool (<i>harmful drinking</i>) ou une dépendance à l'alcool
Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people (UK009, 2007)	Enfants et jeunes (jusqu'à 25 ans) vulnérables et défavorisés
Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in gebruik van alcohol (NL001, 2009)	Personnes faisant une consommation excessive et prolongée d'alcool (<i>harmful drinking</i>) ou présentant une dépendance à l'alcool
Drug misuse: psychosocial management of drug misusers in the community and prison (UK007, 2007)	Adultes et jeunes (16-18 ans) qui abusent d'opiacés, de cannabis ou de stimulants
Drug misuse: opioid detoxification (UK008, 2007)	Adultes et jeunes dépendants des opiacés en cours de désintoxication
Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence (INT004, 2009)	Personnes dépendantes des opiacés.

Quatre de ces neuf guides de bonne pratique comportaient des recommandations visant spécifiquement le groupe cible des adolescents, tandis que les recommandations des autres guides de bonne pratique visaient la population générale, y compris les adolescents.

Nous avons trouvé trois guides de bonne pratique de grande qualité concernant la prévention de l'abus d'alcool et des autres drogues parmi les jeunes. Tous ces guides de bonne pratique ont été élaborés par le National Institute of Clinical Excellence (NICE) :

- UK001 concerne les interventions à l'école pour la prévention et la réduction de la consommation d'alcool parmi les enfants et les jeunes.

- UK009 rassemble des guides de bonne pratique pour des interventions communautaires visant à réduire l'abus de drogues licites et illicites dans le groupe cible des enfants et des jeunes vulnérables et défavorisés.
- UK004 rassemble des guides de bonne pratique ayant pour but de réduire la consommation d'alcool à risque et la consommation excessive et prolongée d'alcool (*harmful drinking*). Ce guide de bonne pratique vise les personnes à partir de l'âge de 10 ans.

Nous avons trouvé quatre guides de bonne pratique concernant le dépistage, l'évaluation et le traitement de l'abus d'alcool. Trois guides de bonne pratique ont été élaborés par le NICE, et le quatrième, par un groupe de travail multidisciplinaire des Pays-Bas. Deux de ces guides de bonne pratique comportent des recommandations spécifiques pour les adolescents.

- UK004 rassemble des guides de bonne pratique ayant pour but de réduire la consommation d'alcool à risque et la consommation excessive et prolongée d'alcool (*harmful drinking*). Ce guide de bonne pratique vise les personnes à partir de l'âge de 10 ans. Il comporte des recommandations spécifiques pour les jeunes concernant le diagnostic précoce de l'abus d'alcool parmi les enfants de 10 à 15 ans et le dépistage et le traitement des jeunes de 16 et 17 ans que l'on suspecte de boire excessivement.
- UK005 concerne l'évaluation et le traitement des personnes faisant une consommation excessive et prolongée d'alcool (*harmful drinking*) ou présentant une dépendance à l'alcool. Le guide de bonne pratique préconise une brève évaluation des jeunes en cas de suspicion d'abus d'alcool. Les jeunes de 10 à 15 ans présentant des problèmes physiques ou psychosociaux concomitants doivent être adressés à un spécialiste. Pour les jeunes jusqu'à 17 ans, le principal objectif thérapeutique doit être l'abstinence.

Les deux autres guides de bonne pratique, UK003 et NL001, visent la population générale, y compris les jeunes. UK003 comporte des recommandations sur le traitement de la phase aiguë de sevrage alcoolique pour la prise en charge du delirium et des crises d'épilepsie provoquées par un sevrage alcoolique. NL001 est un guide de bonne pratique multidisciplinaire concernant l'abus d'alcool en général.

Quatre autres guides de bonne pratique concernaient l'abus de drogues. Trois ont été élaborés par le NICE, et un, par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Un guide de bonne pratique vise spécifiquement la population-cible des jeunes, en particulier les jeunes vulnérables et défavorisés (UK009). Les trois autres guides de bonne pratique sont orientés

sur l'évaluation et le traitement des personnes qui abusent d'opiacés, parmi lesquelles les adolescents de 16 et 17 ans. UK007 concerne l'intervention psychosociale, et UK008, la désintoxication aux opiacés. INT004 vise les personnes dépendantes des opiacés, et comporte des recommandations à trois niveaux : les systèmes de santé au niveau national et infranational, des recommandations pour les programmes de traitement et des recommandations pour le soutien des patients pris individuellement.

En résumé, on a trouvé neuf guides de bonne pratique basés sur les preuves, de grande qualité sur le plan méthodologique, qui concernent la prévention, le dépistage, l'évaluation et le traitement de l'abus d'alcool et d'autres drogues parmi les jeunes. Quatre guides de bonne pratique comportent des recommandations visant spécifiquement les jeunes : un concerne les interventions à l'école, un concerne la prévention de l'abus de substances parmi les jeunes vulnérables et défavorisés, et deux concernent l'abus d'alcool. Il y a peu de points communs entre ces guides de bonne pratique car les populations-cibles diffèrent de l'un à l'autre, de même que les interventions, les professionnels et les niveaux d'abus de substances. Les faits probants étayant les recommandations sont relativement limités, et de nombreuses recommandations se fondent sur un consensus ou ont été élaborées à partir des résultats d'études menées chez des adultes.

Rédaction des questions cliniques et sélection des guides de bonne pratique pertinents

Chacun des panels s'est réuni à quatre reprises. Les réunions du panel « Traitement » ont eu lieu les 6 octobre 2011, 17 janvier 2012, 22 février 2012 et 20 juin 2012. Les réunions du panel « Prévention » ont eu lieu les 11 octobre 2011, 23 janvier 2012, 3 avril 2012 et 19 décembre 2012. Lors de la première réunion, le panel a dressé une liste des questions cliniques ou de prévention qu'il souhaitait voir abordées (se reporter au Tableau D).

Tableau D. Liste des questions cliniques ou de prévention pour lesquelles les panels souhaitaient trouver des réponses dans les guides de bonne pratique belges. Si possible, la réponse devait être ventilée par substance.

Dépistage

1. Quels signes d'appel doivent orienter vers un dépistage ciblé pour détecter un abus d'alcool ou de drogues ? Où ce dépistage devrait-il se dérouler ? Qui doit l'effectuer ?
2. Quels sont les instruments fiables et valides pour effectuer un dépistage parmi les jeunes afin de détecter un abus d'alcool ou de drogues ?

Diagnostic

3. Quels sont les instruments fiables et valides pour poser le diagnostic d'abus d'alcool et/ou de

drogues chez les jeunes ? Par qui ces instruments peuvent-ils être utilisés et à quel moment du trajet de soins ?

4. Quels sont les instruments fiables et valides pour évaluer la gravité de l'abus d'alcool et/ou de drogues chez les jeunes ?

5. Au cours de l'anamnèse, quelles sont les questions à poser, quel examen physique doit-on réaliser et quels examens complémentaires faut-il demander pour une approche adéquate de l'abus d'alcool et de drogues chez les jeunes ?

Traitement

6. Quelles-sont les conditions à respecter pour assurer l'efficacité du processus thérapeutique / trajet de soins chez les jeunes qui abusent de l'alcool et/ou de drogues ?

7. Pour être efficace, quels éléments le traitement non aigu de l'abus d'alcool et/ou de drogues chez les jeunes doit-il comporter ?

a. Quels médicaments doit-on prescrire ? Quand doit-on les prescrire ?

b. Quelles interventions non médicamenteuses (psycho-sociales) faut-il délivrer, et quand ?

c. Quelles sont les interventions (médicamenteuses et psychosociales) à associer, et quand ?

8. Quand faut-il référer le jeune avec un abus d'alcool et/ou de drogues aux structures de la seconde ligne ?

9. Quand une admission en service résidentiel est-elle nécessaire pour les jeunes qui abusent de l'alcool et/ou de drogues ?

10. Quelle est la durée minimale du suivi des jeunes qui abusent de l'alcool et/ou de drogues ? En quoi le suivi doit-il consister ?

11. Quelles sont les interventions efficaces pour offrir un soutien à la famille du jeune avec un abus d'alcool et/ou de drogues ?

Prévention

1. Quelles interventions sont efficaces dans les écoles pour atteindre les objectifs suivants chez les jeunes ?

a. encourager, soutenir et maintenir l'abstinence

b. retarder le comportement d'expérimentation

c. favoriser les comportements responsables (comportement positif)

d. développer la prise de conscience du problème

e. réduire les dommages

f. stimuler la prise en charge thérapeutique précoce

Sous-questions

On a examiné, pour chaque objectif, quels étaient les éléments efficaces de ces programmes en termes de contenu (sous-groupes), d'application (qui applique l'intervention), de processus (à quels facteurs de risques ou à quels facteurs protecteurs correspondent-ils) ou de stratégie. Et comment réaliser une concordance entre ces programmes.

2. Quelles interventions communautaires sont efficaces pour atteindre les objectifs suivants chez les jeunes : [voir question 1]
3. Quelles interventions au niveau familial sont efficaces pour atteindre les objectifs suivants chez les jeunes : [voir question 1]
4. Quelles sont les mesures de politique efficaces pour atteindre les objectifs suivants chez les jeunes : [voir question 1]
5. À partir de quel âge les interventions sont-elles efficaces pour interdire la consommation ou retarder le comportement d'expérimentation ?
6. Quelles sont les interventions efficaces pour influencer les facteurs (innés et liés à l'environnement) associés à un risque élevé d'abus d'alcool ou de drogues par les jeunes ?

Ensuite, on a cherché quels guide de bonne pratique apporteraient une réponse à ces questions cliniques. Huit guides de bonne pratique ont répondu à une ou plusieurs des questions concernant le diagnostic et/ou le traitement, et trois se rapportaient (aussi) aux questions sur la prévention.

L'évaluation de la qualité des guides de bonne pratique et des recommandations

Ensuite, la qualité des guides de bonne pratique sélectionnés a encore été déterminée à l'aide des autres sous-échelles de l'instrument AGREE II (domaines : champ et objectif, participation des personnes concernées, clarté et présentation, applicabilité, indépendance éditoriale). On a ensuite examiné en détail la qualité des faits probants étayant les recommandations.

Puis, toutes les recommandations apportant une réponse possible à l'une des questions cliniques ont été notées, de même que les faits probants étayant les recommandations. Par recommandation, l'équipe de recherche a évalué le niveau de preuve selon GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Pour ce faire, l'interprétation suivante a été utilisée :

- Niveau de preuve élevé (GRADE A). Une recherche plus poussée a très peu de chances de modifier notre confiance dans l'estimation.
- Niveau de preuve modéré (GRADE B). Une recherche plus poussée aura probablement une influence importante sur notre confiance dans l'estimation de l'effet et pourrait modifier cette estimation.
- Faible ou très faible niveau de preuve (GRADE C). Une recherche plus poussée aura très probablement une grande influence sur notre confiance dans l'estimation de l'effet et va probablement modifier cette estimation, ou bien l'effet ne peut être déterminé.

Si la recommandation est basée sur des faits probants (et non pas uniquement sur un consensus), on évalue leur validité et leur cohérence. Les critères suivants ont été établis dans ce but à l'aide de l'outil ADAPTE.

Les conditions pour la validité des faits probants d'une recommandation étaient les suivantes :

- La méthode pour rechercher les études était adéquate ;
- Le protocole de ces études correspondait à la question clinique ;
- La qualité de toutes les études avait fait l'objet d'un rapport.

Les conditions pour la cohérence des faits probants d'une recommandation étaient les suivantes :

- Les patients et les traitements dans les études étaient comparables aux patients et aux traitements dans la recommandation ;
- Les conclusions des différentes études allaient dans la même direction (uniformité) ;
- Les résultats des études étaient importants (pertinents sur le plan clinique) ;
- On a expliqué pourquoi une intervention était recommandée malgré le peu de faits probants.

Pour chaque guide de bonne pratique, un document a été conservé avec les arguments justifiant le score attribué. Ensuite, pour chaque question clinique, un résumé a repris toutes les recommandations pertinentes ainsi que l'évaluation de la qualité, la validité et la cohérence des faits probants. Ce document a été présenté au panel.

Sélection de recommandations pour arriver à une première version du guide de bonne pratique adapté au contexte local belge.

Ensuite, on a demandé au panel d'évaluer la pertinence et l'applicabilité des recommandations dans le contexte belge. Pour chaque recommandation, les discussions ont porté sur les points suivants :

1. La recommandation est-elle claire ?
2. Constitue-t-elle une bonne réponse à notre question ?
3. Est-elle pertinente et applicable ?
 - La compétence requise est-elle présente ?
 - Y a-t-il des obstacles sur le plan de l'organisation ?
 - Y a-t-il des obstacles sur le plan économique ?
 - Peut-elle être extrapolée à nos patients ?
4. Que faisons-nous de la recommandation ?
 - On la conserve
 - On l'adapte (pourquoi et comment ?)

- On la rejette (pourquoi ?)
5. Avec quelle force préconisons-nous de suivre la recommandation ?
- Fortement (les avantages sont supérieurs aux inconvénients)
 - Faiblement (les avantages sont inférieurs aux inconvénients)

Si le panel était d'avis que la recommandation était claire, qu'elle constituait une bonne réponse et qu'elle était pertinente et applicable pour le contexte local belge, elle était retenue. Dans ce cas, le panel indiquait avec quelle force il voulait préconiser de suivre la recommandation. Un grade indiquant une forte recommandation signifie que le panel estime les avantages nettement supérieurs aux inconvénients. Un grade indiquant une faible recommandation signifie que les avantages et les inconvénients sont en équilibre ou que les avantages sont incertains.

Nous avons discuté de 140 recommandations avec le panel « Traitement » et de 24 recommandations avec le panel « Prévention ». Étant donné le nombre limité de guides de bonne pratique de qualité pour la prévention, les guides de bonne pratique disponibles n'ont pas répondu à toutes les questions relatives à la prévention que le panel d'experts avait rédigées au préalable. Pour ces raisons, un trajet expérimental a été effectué dans la période de mai à septembre 2012 pour rechercher si et comment nous pourrions donner plus de contenu au guide de bonne pratique concernant la prévention. À cet égard, il était essentiel que les recommandations soient scientifiquement fondées. Deux sources d'informations ont permis de déterminer l'utilité de notre projet :

1. Guides de bonne pratique pertinents n'atteignant pas notre norme pour une grande qualité. Nous avons examiné pour quel critère ils n'atteignaient pas la norme. Parmi les causes expliquant pourquoi la norme n'était pas atteinte, nous avons essayé de faire une distinction entre les « défauts » de l'approche procédurale ayant pu avoir un impact important sur le résultat final du guide de bonne pratique et les limites s'expliquant par les caractéristiques du terrain (notamment le manque de faits probants pour certaines facettes de la prévention) ou un rapport insuffisant concernant la méthode.
2. Les informations des synthèses méthodiques publiées récemment. Pour ce faire, nous avons mené une méta-analyse, c'est-à-dire une synthèse méthodique des synthèses méthodiques de l'ensemble du domaine de la prévention. Les informations provenant de ces synthèses méthodiques peuvent alors être utilisées dans le commentaire des recommandations existantes.

Ni les informations générées à partir des guides de bonne pratique de moindre qualité, ni les résultats provenant de la méta-analyse des synthèses méthodiques de la littérature ne se sont avérés valables pour compléter le guide de bonne pratique. Les résultats de la méta-analyse ont été cependant décrits dans un manuscrit (Annexe 7). Les versions provisoires du guide de bonne pratique en cours d'élaboration ont été communiquées au panel.

5. Examen externe (phase pilote)

Dans le cadre du processus d'adaptation, nous effectuons une phase pilote dans laquelle nous demandons à différentes personnes concernées de faire part de leurs commentaires sur la version provisoire des guides de bonne pratique. Il s'agissait principalement de déterminer si les recommandations pouvaient s'appliquer au contexte belge.

Les trois guides de bonne pratique provisoires ont été évalués par quatre groupes d'intéressés.

- des experts du domaine de la recherche scientifique portant sur l'abus d'alcool ou d'autres drogues parmi les jeunes (experts en matière méthodologique) ;
- des professionnels travaillant avec des jeunes qui abusent de l'alcool ou d'autres drogues (experts en matière clinique) ;
- des adolescents ;
- des parents d'adolescents qui abusent de substances.

Deux experts en matière méthodologique ont évalué la qualité des guides de bonne pratique au moyen de l'instrument Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) II. Dix experts en matière clinique ont déterminé si les guides de bonne pratique pouvaient s'appliquer au contexte belge en utilisant l'instrument GuideLine Implementability Appraisal (GLIA), adapté pour nos besoins. Les guides de bonne pratique ont également été soumis à 32 adolescents (28 de l'enseignement secondaire et 4 qui suivaient un programme éducatif sur les drogues). Il leur a été demandé s'ils coopéreraient dans l'éventualité où une recommandation donnée serait concrétisée dans la pratique. Enfin, le guide de bonne pratique a été proposé à un groupe de huit parents de jeunes qui abusaient de substances.

Les experts en matière méthodologique ont attribué aux guides de bonne pratique provisoires les scores AGREE II suivants pour les différents domaines : champ et objectif : 82 % ; participation des personnes concernées : 76% ; méthodologie : 86% ; clarté de la présentation : 83% ; applicabilité : 79% ; indépendance éditoriale : 64%. Les avis des experts en matière clinique concernant les guides de bonne pratique provisoires sont présentés dans le Tableau E.

Tableau E. Avis des experts en matière clinique concernant les guides de bonne pratique (score moyen sur une échelle à 4 points allant de 1 : « pas du tout » à 4 : « tout à fait »)

	Abus d'alcool	Abus de drogues	Prévention
1. Selon vous, ce guide de bonne pratique est-il valable ?	3,5	2,3	3
2. Ce guide de bonne pratique correspond-il à la méthode thérapeutique suivie <u>dans votre établissement</u> ?	3	3	3
3. Ce guide de bonne pratique correspond-il à la méthode thérapeutique que <u>vous</u> suivez ?	3	3	3
4. Selon vous, ce guide de bonne pratique correspond-il aux attentes des jeunes ?	3	2,8	2,3
5. Imaginez-vous que vous pourriez appliquer ce guide de bonne pratique dans l'exercice de vos fonctions ?	3	2,8	3
6. Recommanderiez-vous à vos collègues d'utiliser ce guide de bonne pratique ?	3	2,8	3
7. Pensez-vous que la mise en œuvre de ce guide de bonne pratique est réalisable en Belgique ?	3,5	2,8	3,3

Les recommandations avec lesquelles au moins la moitié des adolescents n'étaient pas d'accord concernaient l'augmentation du prix de l'alcool et l'interdiction de la publicité pour l'alcool. D'après eux, cette approche serait peu efficace pour lutter contre l'abus d'alcool. Plus de la moitié des adolescents de l'enseignement secondaire n'apprécieraient pas qu'à l'école, un enseignant leur donne des informations et des conseils à propos de leur consommation excessive d'alcool. Ils n'apprécieraient pas non plus que leurs parents se mêle de leur traitement. Parmi les adolescents qui ont participé à un programme éducatif sur les drogues, plus de la moitié, s'ils étaient impliqués dans un accident, préféreraient ne pas coopérer aux tests visant à déterminer le taux d'alcool dans le sang. Ils hésitent aussi à collaborer aux traitements de l'abus de cannabis car ils partent de l'hypothèse que « l'abus de cannabis est sans danger et qu'aucun traitement n'est nécessaire dans cette situation ».

Les parents étaient le plus souvent d'accord avec les recommandations du guide de bonne pratique et ils apprécieraient fortement qu'on les implique dans le traitement de leur enfant. Aucun parent ne partageait le point de vue de la recommandation qui préconise d'augmenter le prix de l'alcool pour en limiter la consommation.

En résumé, les résultats rassemblés ont été utilisés dans cette phase pilote pour mieux faire correspondre les versions provisoires des guides de bonne pratique aux besoins et aux avis

motivés des différentes personnes concernées. Les experts en matière méthodologique ont estimé que les guides de bonne pratique avaient été correctement élaborés. Grâce à leurs remarques pratiques, les chercheurs ont introduit dans le guide de bonne pratique une attention spéciale au cadre légal pour son application, entre autres à la législation belge sur la protection des données à caractère personnel. Dans l'ensemble, les experts en matière clinique se sont montrés positifs à l'égard des guides de bonne pratique, mais leurs commentaires avaient peu d'éléments communs. Ce manque de cohérence reflète sans doute la diversité des intervenants et des facteurs contextuels qui jouent un rôle dans l'aide sociale dans ce domaine étendu qui concerne la prévention et le traitement ainsi que l'alcool et les drogues illicites. Le commentaire le plus fréquemment retrouvé concernait le manque d'instruction sur la manière d'appliquer les guides de bonne pratique concrètement aujourd'hui. En traitant les commentaires des intéressés, nous avons essayé de rendre les recommandations plus reconnaissables auprès des utilisateurs afin d'augmenter leur implication.

6. Évaluation du processus d'adaptation

La méthode ADAPTE est relativement nouvelle. Elle n'est pas encore fréquemment utilisée, en particulier dans les établissements d'Europe de l'Ouest. Elle n'a pas non plus déjà été utilisée en contexte multidisciplinaire comportant plusieurs domaines comme les écoles et le secteur de la santé et du bien-être. Il est donc important d'évaluer le processus d'adaptation des guides de bonne pratique et d'en tirer des leçons. Cette évaluation a pour but de comprendre le processus d'adaptation du point de vue des membres du panel, y compris les membres de l'équipe de recherche impliqués dans le processus. Cette évaluation sert à identifier les points forts et les points faibles de la procédure pour découler sur des recommandations à utiliser lors des futurs processus d'adaptation des guides de bonne pratique.

Cette évaluation du processus a été effectuée au moyen d'un questionnaire écrit. Ce questionnaire a servi notamment à inventorier l'avis du panel sur divers points, comme la composition du panel, le sentiment d'être pris au sérieux ou non et l'impression quant à la clarté du processus d'adaptation. Les membres du panel pouvaient faire part de leur avis sur une échelle de Likert allant de 1 = « Tout à fait d'accord » à 5 = « Pas du tout d'accord ».

Ensuite, nous avons mesuré des expériences subjectives comme la motivation et la concentration pendant les réunions, au moyen d'une échelle de Likert allant de 1 (élevée) à 5 (faible). Les membres du panel chez qui le score était très faible ont été invités à commenter leur réponse dans un champ texte libre. Enfin, on leur a demandé s'ils avaient

éventuellement appris de nouvelles choses ou acquis de nouvelles compétences ou adopté une nouvelle attitude à l'occasion des réunions et quelles étaient les opportunités et les limitations que présentait la procédure d'adaptation

Tous les membres du panel qui avaient été présents à au moins une réunion ont été invités à répondre au questionnaire. Deux rappels écrits ont été envoyés. Les membres du panel qui n'avaient pas encore réagi ont été contactés pour répondre au questionnaire par téléphone. Le panel « Traitement » était constitué de douze experts et de quatre personnes de l'équipe de recherche, et le panel « Prévention », de seize experts et de trois personnes de l'équipe de recherche. Deux membres de l'équipe de recherche faisaient partie des deux panels.

Ont répondu à notre questionnaire respectivement 67 % (8/12), 63 % (10/16) et 80 % (4/5) des experts du panel « Traitement », des experts du panel « Prévention » et des membres de l'équipe de recherche. Les experts des deux panels étaient des assistants sociaux, des responsables politiques et des collaborateurs scientifiques. Quatre experts avaient l'expérience de l'élaboration de guides de bonne pratique, et cinq avaient de l'expérience dans l'application concrète des guides de bonne pratique.

La présence des experts membres du panel lors des réunions a diminué au cours du projet. Dans le panel « Traitement », dix experts étaient présents lors de la première réunion, et seulement quatre lors de la dernière réunion. Dans le panel « Prévention », douze experts étaient présents lors de la première réunion, et seulement cinq lors de la dernière réunion. Les membres du panel qui n'ont été présents qu'une ou deux fois ont déclaré avoir cessé de venir en raison de leurs nombreuses activités. Tous les experts ont été invités à faire part de leurs commentaires par écrit s'ils ne pouvaient venir à une réunion. Très peu l'ont fait par manque de temps. Les experts ont également signalé qu'il était difficile de rejoindre le processus après avoir manqué une réunion.

Le Tableau F donne un aperçu des affirmations sur le processus d'adaptation. Plus de trois experts sur quatre étaient d'avis que le processus était complexe. Moins d'un expert sur deux a trouvé que le processus était transparent et efficace. Tous les chercheurs étaient d'avis que le processus était difficile mais aussi qu'il était utile et transparent.

Tableau F. Pourcentage des membres des panels qui étaient (tout à fait) d'accord avec les affirmations sur le processus d'adaptation (experts : n = 18, chercheurs : n = 4).

Affirmation	Experts	Chercheurs
Le processus ADAPTE était clair.	56%	75%
Le processus ADAPTE était complexe.	83%	75%
Le déroulement du processus ADAPTE a été difficile.	50%	100%
Le processus ADAPTE a été utile.	50%	100%
Le processus ADAPTE était transparent.	39%	100%
Le processus ADAPTE a été efficace.	33%	75%
Le processus accroît les chances que les intervenants locaux acceptent les guides de bonne pratique.	39%	75%
Le panel d'experts était constitué de façon équilibrée.	33%	75%
Le processus correspondait à mes attentes.	33%	75%
J'ai pu intervenir utilement au cours de ce processus avec mes connaissances et compétences personnelles.	44%	100%
Je recommanderais à mes collègues de participer à un processus ADAPTE.	33%	75%
J'ai eu le sentiment que l'on me prenait au sérieux.	78%	100%
Je pense utiliser concrètement les guides de bonne pratique élaborés.	44%	50%
J'envisage de promouvoir le guide de bonne pratique auprès de mes collègues les plus proches.	39%	100%
L'interaction entre les membres du panel et le groupe de chercheurs s'est déroulée selon mes souhaits.	56%	50%

La motivation durant le processus était élevée pour 50 % des experts et pour 75 % des membres de l'équipe de recherche. La concentration était élevée autant chez les experts que chez les chercheurs. 28 % des experts et 75 % des chercheurs indiquent avoir beaucoup de sentiments positifs à l'égard du processus.

Il se dégage des résultats qualitatifs que plusieurs membres du panel ont trouvé la méthode d'adaptation trop sophistiquée et pas toujours pratique. L'équipe de recherche a également pointé l'écart entre les résultats des études scientifiques et les questions des experts du panel. Presque tous les membres du panel ont estimé que l'adaptation prenait beaucoup de temps. C'était surtout mis en rapport avec la grande quantité d'informations à traiter au cours du processus. Sur le plan du travail scientifique, les problèmes soulevés sont le manque de clarté de la présentation et le manque de faits probants pour étayer les guides de bonne pratique utilisés comme source.

Les experts membres des panels ont apprécié la collaboration avec les membres de l'équipe de recherche pour leur bonne organisation et leur enthousiasme. Toutefois, ils apprécieraient une approche moins directrice. La composition du panel multidisciplinaire a été jugée de manière positive, mais certains ont déploré l'absence d'experts importants. Comme des membres du panel ont abandonné, ce dernier s'est retrouvé déséquilibré notamment par sous-représentation des membres francophones des panels et par surreprésentation des écoles lors de la dernière réunion du panel « Prévention ».

L'équipe de recherche a estimé que la procédure d'adaptation a donné des guides de bonne pratique utiles et fiables pour le contexte belge. Les experts membres des panels ont indiqué avoir acquis des connaissances en participant au processus, certains reconnaissant un changement de leur attitude à l'égard des guides de bonne pratique.

Afin d'améliorer les processus d'adaptation dans le futur, les guides de bonne pratique devraient présenter plus clairement les faits probants étayant leurs recommandations. Le processus d'adaptation devrait prêter explicitement attention à l'équilibre entre les normes scientifiques élevées et les besoins et attentes du côté de la pratique. Lors de l'adaptation des guides de bonne pratique multidisciplinaires, les réunions en sous-groupes pourraient être plus fréquentes. Pour les guides de bonne pratique belges, on consacrera une attention spéciale à la barrière linguistique pendant le processus.

Sur la base de cette enquête, nous recommandons ce qui suit :

- Afin d'améliorer la méthode ADAPTE, il est nécessaire qu'elle fasse l'objet d'évaluations plus nombreuses qui devront ensuite être publiées. Les chercheurs peuvent alors tirer les enseignements des expériences antérieures.
- Pour les adaptations des guides de bonne pratique multidisciplinaires dans le futur, il faudrait explorer le travail en sous-groupes au sein d'un panel multidisciplinaire. Ceci permettrait d'éviter que les membres du panel n'ayant pas un profil clinique abandonnent en raison d'un sentiment d'impuissance à contribuer à une discussion orientée sur les aspects cliniques.
- On doit clarifier la manière de valoriser l'apport des experts aux guides de bonne pratique. Surtout s'il ne peut être appuyé par des preuves empiriques.
- Les guides de bonne pratique élaborés visent principalement les actions à effectuer mais, à quelques exceptions près, n'indiquent pas par quel professionnel elles doivent l'être ni selon quelles modalités précises. La principale raison est que nous n'avons pas davantage de faits probants pour concrétiser les recommandations et que les actions dépendent de facteurs locaux. Il faut donc, au niveau local, élaborer

des protocoles pouvant être mis en œuvre dans une région déterminée. Ces protocoles conviennent peut-être mieux pour répondre aux besoins individuels de certains profils de jeunes au niveau local et aux possibilités des intervenants, et leur mise en œuvre s'en trouvera probablement favorisée.

- Le manque de faits probants, spécifique pour la population des adolescents, a été un problème récurrent. Ceci indique qu'il y a des besoins à explorer au moyen de recherches originales empiriques portant sur le manque de faits probants pour étayer les connaissances concernant la prévention, le dépistage, l'évaluation et le traitement des jeunes qui abusent de l'alcool ou d'autres drogues. Il faudrait conduire ces études en évaluant les effets ainsi que le processus. Les interventions qui s'avèrent efficaces peuvent ensuite être intégrées dans les mises à jour futures de ces guides de bonne pratique.
- Utiliser les guides de bonne pratique est une condition pour garantir leur implémentation en vue de l'amélioration de la qualité des soins. Pour augmenter les chances d'une réelle utilisation concrète des guides de bonne pratique, il faudrait élaborer une stratégie de mise en œuvre et de diffusion. Les guides de bonne pratique ADAPTE-youth peuvent être diffusés au niveau des organisations identifiées dans le plan cartographique descriptif. Ces acteurs peuvent aussi être stimulés à réagir face aux lacunes actuelles en matière de prévention, de dépistage, d'évaluation et de traitement de l'abus d'alcool et de drogues parmi les jeunes. Les plateformes de communication qui stimuleront ces discussions pourraient avoir un rôle en la matière. Les futurs projets d'élaboration de guides de bonne pratique devraient réserver du temps et des moyens pour fixer un plan de mise en œuvre concrète des nouveaux guides de bonne pratique.