



Etude de faisabilité d'une étude de prévalence répétitive parmi la population générale

RESUME

Julie Tieberghien

Sabine De Moor

Tom Decorte

Dimitri Mortelmans

La recherche s'inscrit dans le cadre du « Programme de recherches d'appui à la Note politique fédérale relative à la problématique de la drogue » mis en oeuvre et financé par le SPP Politique scientifique.

Adresses du coordinateur et du promoteur

Coordinateur:

Prof. Dr. Tom Decorte
Ghent University
Institute for Social Drug Research (ISD)
Universiteitstraat 4
9000 GAND
Tel: 09/264.69.62
Fax: 09/264.69.88
Tom.Decorte@UGent.be

Promoteur:

Prof. Dr. Dimitri Mortelmans
University of Antwerp
Research Centre for Longitudinal and Life Course Studies (CELLO)
Sint-Jacobstraat 2
2000 ANVERS
Tel: 03/275.55.35
Fax: 03/275.57.93
Dimitri.Mortelmans@ua.ac.be



1. Énoncé du problème et contextualisation de l'étude

1.1. Énoncé du problème

Les décideurs politiques doivent disposer d'une image précise et fiable de la nature et de la taille du phénomène drogue en Belgique afin de pouvoir déterminer les priorités politiques, la planification des interventions adéquates et l'évaluation de la politique à plus long terme. Bien que d'importants efforts soient fournis en Belgique pour obtenir une meilleure vue sur la situation épidémiologique de la drogue (e.a. en ce qui concerne les écoliers), la Belgique fait partie du nombre restreint de pays qui n'ont pas jusqu'à présent réalisé d'étude répétitive de prévalence concernant la consommation de substances (hallucinogènes) illégales auprès de l'ensemble de la population. Les données (restreintes) de prévalence concernant la consommation de substances hallucinogènes illégales rassemblées depuis 2001 par l'intermédiaire de l'enquête nationale de santé ne suffisent pas. Bien que les chiffres de prévalence offrent une esquisse de la consommation de substances auprès de la population, il convient d'étudier également les modèles sous-jacents de la consommation (e.a. continuation, incidence, âge de départ) et du contexte de la consommation (e.a. le style de vie) pour obtenir une image détaillée de la consommation de substances dans un pays. De surcroît, la Belgique est dans l'obligation de fournir des données de base concernant la consommation de substances (hallucinogènes) illégales auprès de l'ensemble de la population au European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) à Lisbonne. Ceci sont des arguments parmi d'autres qui justifient la *souhaitabilité* d'une étude de prévalence belge concernant la consommation de substances (hallucinogènes) illégales.

1.2. Objectifs de l'étude

L'objectif de cette étude est d'examiner la *faisabilité* d'une étude répétitive de prévalence concernant la consommation de substances stimulantes illégales auprès de l'ensemble de la population. La question de faisabilité est interprétée en tant que « *Quelles sont les possibilités et les restrictions pour la réalisation d'une étude de prévalence belge ?* » La faisabilité a été attachée à cinq points d'attention que nous avons étudiés de façon intégrée : le contenu, la méthodologie, l'aspect financier, la valorisation et la comparaison. Cette étude de faisabilité consiste en une comparaison détaillée de méthodes et de modèles d'études de prévalence généraux dans d'autres pays européens, et de l'évaluation des points forts, des restrictions, des conditions indispensables et du prix de revient des différentes options en vue de la réalisation d'une telle étude en Belgique. Nous tenons compte en ce faisant des pratiques culturelles et sociales générales ainsi que des implications et restrictions spécifiques à la situation de la Belgique. Le résultat final de l'étude est la proposition de scénarios différents qui doivent permettre aux responsables politiques de (faire) réaliser effectivement une étude de prévalence à court terme.

1.3. Méthodologie

La réalisation de l'étude de faisabilité a été construite en 5 phases : 1) une exploration de la littérature concernant les directives internationales et 25 études de prévalence existantes en Europe ; 2) une enquête par message électronique d'experts nationaux de 30 Etats membres européens, responsables des études de prévalence dans les

30 Etats membres européens ; 3) l'analyse et l'intégration des données en vue de développer des scénarios pour une étude de prévalence belge (incluant un questionnaire, une évaluation réaliste du budget et du temps nécessaires, et une description détaillée des possibilités de valorisation) ; 4) un test cognitif des éléments à incorporer ; 5) le rapport final.

L'**exploration de la littérature** consistait en une méta-analyse des directives internationales et d'études de prévalence existantes en Europe. Les directives européennes ainsi que les modèles d'études concrets ont été comparés aux connaissances les plus récentes dans la littérature internationale (« bonnes pratiques »). À cet effet, tous les experts nationaux et « Focal Points » ont été contactés en novembre/décembre 2007. L'EMCDDA nous a fourni les coordonnées de chaque expert. Nous avons expliqué l'objet de notre projet d'étude et avons prié poliment chaque expert et chaque Focal Point de nous faire parvenir les rapports des études de prévalence nationales concernant la consommation de substances (hallucinogènes) illégales, dans la mesure de leur disponibilité. Finalement, nous avons également consulté de la littérature complémentaire (au niveau de la méthodologie et du contenu) ayant trait aux sondages concernant la consommation de substances (hallucinogènes) illégales.

Lors de la seconde phase, les experts européens responsables des études de prévalence concernant la consommation de substances (hallucinogènes) illégales ont été questionnés par écrit au travers de **messages électroniques**. L'envoi d'une enquête par la messagerie électronique (le questionnaire étant envoyé en annexe) représente une façon simple, rapide et peu onéreuse pour rassembler des données, surtout lorsque les participants sont dispersés dans l'Europe entière. Cette **enquête**¹ mettait surtout en exergue la justification des choix et des différences avec les directives européennes, l'impact sur la conception des pratiques culturelles et sociales générales d'un pays, ainsi que les implications et restrictions spécifiques de la situation nationale. L'enquête examinait également de près les aspects de comparabilité (entre les pays) des données et la valorisation des données. Finalement, 18 des 30 pays ont rempli le questionnaire. Un expert (portugais) a déclaré manquer de temps pour pouvoir participer à l'enquête des experts. Cet expert nous a néanmoins fait parvenir des informations supplémentaires concernant l'enquête (p. ex. la traduction du questionnaire). Des experts de deux pays (le Luxembourg et la Turquie) nous ont répondu qu'il n'existe pas encore de projets concrets concernant la réalisation d'une étude de prévalence nationale. Il semblait impossible pour ces experts de remplir le questionnaire correctement. L'expert croate par contre s'est estimé apte à remplir le questionnaire concernant les projets concrets. Bien que nous ayons à nouveau incité chaque expert à participer suite à la réunion des experts à Lisbonne², 8 pays n'ont finalement pas participé à l'enquête des experts.

Nous avons réalisé un **aperçu des sondages en Europe**³ basé sur l'exploration de la littérature et l'enquête auprès des experts responsables pour l'étude de prévalence nationale dans leur pays. Cet aperçu a permis

¹ Le questionnaire de l'enquête de 30 experts nationaux peut être obtenu sur simple demande auprès des auteurs

² Expert meeting on the Key Indicator "Prevalence and patterns of drug use among the general population (Population surveys)", Lisbon, 26 & 27 June 2008

³ Cet aperçu sera publié par l'EMCDDA en tant que « Technical report » en 2009: DECORTE, T., MORTELMANS, D., TIEBERGHIE, J. & DE MOOR, S., *Drug use : An overview of general population surveys in Europe – Technical Report*, 116p. (Publication en 2009)

d'inventorier les choix (au niveau des méthodologies, du contenu, de l'aspect financier et de la valorisation) qui ont été faits pour la réalisation des études de prévalence dans 25 pays européens (l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, Chypre, la Croatie, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, la Lettonie, la Lituanie, Malte, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, la Roumanie, le Royaume-Uni (l'Angleterre, le Pays de Galles et l'Écosse), la Slovaquie, la Suède et la Tchéquie), ainsi que de les comparer et d'évaluer tant les points forts que les restrictions et la comparabilité avec le European Model Questionnaire (EMQ). Seules les plus récentes études de prévalence ont été analysées pour mettre à jour l'aperçu EMCDDA⁴ datant de 2001. Des raisons pragmatiques telles que le fait que nous ayons uniquement examiné les études de prévalence publiées en néerlandais, en anglais ou en français ont contribué à réduire la taille de l'analyse. De nombreux pays publient d'ailleurs leur rapport d'étude uniquement dans leur propre langue nationale (p. ex. la Tchéquie, le Danemark, la Grèce, l'Italie, ...). En outre, certains pays ont prévu une étude de prévalence concernant la consommation de substances (hallucinogènes) très prochainement, tels que la Turquie (en 2009) et le Luxembourg (en 2009).

Nous avons ainsi pu élaborer trois **scénarios** pour une étude de prévalence belge concernant la consommation de substances (hallucinogènes) illégales : « *maximal single survey scenario* », « *minimal single survey scenario* » et « *piggybacking scenario* ». Chaque scénario décrit les aspects du contenu, de la méthodologie, financiers et de valorisation. Nous avons notamment développé un questionnaire pour chaque scénario (en néerlandais, en français et en anglais⁵), le questionnaire étant l'élément clé d'une enquête. En outre, une estimation du budget et du temps nécessaire pour la réalisation d'une étude de prévalence belge ont été établis, en tenant compte de la méthode pour la collecte des données et des possibilités de valorisation. Dans ce cadre, les possibilités et restrictions du contexte belge ont également mérité notre attention.

Le questionnaire en néerlandais du scénario maximal a été analysé en détail à l'aide d'un **test cognitif**. Nous nous sommes limités à tester le questionnaire en néerlandais du scénario maximal pour des raisons pragmatiques. Le test cognitif consistait en une post-enquête parmi un échantillon de 150 personnes et 26 interviews personnelles. Pour établir l'échantillon lors de cette *post-enquête*, 150 ménages flamands, 30 par province (de la Flandre Occidentale, de la Flandre Orientale, du Limbourg, d'Anvers et du Brabant Flamand) ont été sélectionnés au hasard de façon systématique d'une liste téléphonique. Nous avons demandé à chaque ménage sélectionné de faire remplir le questionnaire par le membre de la famille entre 15 et 64 ans qui avait fêté son anniversaire le plus récemment et de le renvoyer à l'enquêteur. Tout comme les post-enquêtes, les *interviews individuelles* étaient surtout axées sur la compréhension et l'interprétation des concepts et des questions. Contrairement aux post-enquêtes, les entrevues individuelles permettent d'observer les réactions spontanées des personnes interrogées par rapport aux questions et au questionnaire. Il était demandé à chaque personne interrogée de réfléchir à haute voix en répondant aux questions (« *think aloud interviews* ») et de motiver chaque réponse. Après l'entrevue, chacun d'eux a également pu noter tous ses commentaires (concernant des catégories

⁴ EMCDDA, *Handbook for surveys on drug use among the general population. Final Report*, Lisbon, EMCDDA, 2002, 151p.

⁵ La présence en Belgique de différentes nationalités pourrait nécessiter la traduction du questionnaire en anglais.

de réponses manquantes, la durée de l'entrevue, les mots difficiles, les questions peu claires, l'utilisation de cartes-réponses, ...) et ses remarques dans un formulaire d'évaluation.

2. Résultats de l'étude de faisabilité

2.1. Directives internationales

Différentes directives internationales déterminent les concepts (p. ex. la prévalence, la fréquence, la continuation ou l'interruption, ...) et les questions qui doivent être reprises dans les études de prévalence nationales, ainsi que les aspects méthodologiques importants (p. ex. la méthode de questionnement, la taille de l'échantillon) lors du développement d'une étude de prévalence répétitive. L'EMCDDA a élaboré un questionnaire nommé le European Model Questionnaire (EMQ), qui contient les modules de questions, les produits, les critères, etc. qui représentent le minimum pour une enquête de prévalence. Ce questionnaire a comme objectif d'améliorer la comparabilité entre les études de prévalence des Etats membres européens. L'EMCDDA a en outre formulé des recommandations (« good practices »). Les directives de l'United Nations Office for Drugs and Crime (UNODC), de l'Organisation mondiale de la Santé (WHO) et le Groupe Pompidou étaient également de grande valeur lors de cette étude de faisabilité. Outre les recommandations au niveau des méthodologies et du contenu, ces organisations ont offert une estimation réaliste des coûts pour la mise en place d'une étude de prévalence répétitive. Enfin, les directives internationales font entrevoir les différentes possibilités de valorisation des résultats d'une enquête (p. ex. le rapport, des présentations, un site web, une archive, ...).

2.2. Enquêtes européennes auprès de la population concernant la consommation de substances illégales

La plupart des études de prévalence nationales européennes (p. ex. en Chypre, en Finlande, en Hongrie, en Italie, en Lituanie, en Autriche, en Espagne, ...) sont des *single surveys* concernant la consommation de substances hallucinogènes illégales. Les *piggybacking surveys* (c.-à-d. l'intégration de questions concernant la consommation de substances dans une autre enquête, telle qu'une enquête de santé ou sur la criminalité) sont moins courantes. Tant les *piggybacking surveys* que les *single surveys* ont chacun leurs avantages et inconvénients spécifiques. Les *single surveys* ont l'avantage de donner aux donneurs d'ordre la liberté de choisir le nombre ou la formulation des questions, ainsi que le modèle d'étude. Les *piggybacking surveys* offrent moins de marge de manœuvre au niveau du contenu et de la méthodologie de l'enquête. Ceux-ci sont d'ailleurs toujours subordonnés à l'essence même de l'enquête existante. Le coût des *piggybacking surveys* est néanmoins nettement moins élevé et permet au donneur d'ordre de faire appel à l'expertise et à la connaissance d'une enquête existante.

Les études de prévalence nationales européennes semblent s'inspirer fortement du European Model Questionnaire (EMQ). La méta-analyse démontre que le European Model Questionnaire (EMQ) constitue le point de départ pour la plupart des études de prévalence nationales en Europe. La plupart des pays (p.ex. Chypre, le Danemark, la Finlande, la France, la Hongrie, l'Italie, la Lituanie, la Norvège, ...) décrivent leur étude de prévalence nationale comme étant fortement compatible avec le European Model Questionnaire (EMQ). De

nombreux pays décident de suivre les directives de l'EMCDDA au niveau du **contenu** en vue d'une meilleure comparabilité entre les pays. Certaines études de prévalence européennes concernant la consommation de substances illégales (p.ex. en Angleterre/au Pays de Galle, ...) sont décrites comme étant peu comparables au EMQ. Ces études de prévalence ont été élaborées avant le développement du European Model Questionnaire et les chercheurs souhaitent en garder le concept original.

De nombreux pays décident de suivre également les directives méthodologiques de l'EMCDDA. Les différences en matière de modèles d'études compliquent néanmoins la comparabilité au niveau de la **méthodologie**. En effet, chaque pays a conçu sa propre étude en tenant compte des possibilités et restrictions par rapport au contexte. Ces différences sont encore accentuées par des problèmes de taux de réponse ou de continuité de financement des enquêtes. Une baisse du taux de réponse ou un manque de moyens financiers peut contraindre les donneurs d'ordre à utiliser par exemple une autre méthode pour la collecte des données.

En vue du développement de scénarios belges, nous avons fait un aperçu des sources de financement et des **sources financières** des études européennes lors de la méta-analyse. Les rapports (techniques) des études ne contiennent en général pas d'information concernant le financement. La plupart des informations nous ont été fournies par le biais d'experts. Quasiment toutes les études ont été financées par une autorité régionale ou nationale (source de financement). Il s'avère que la méthode pour la collecte des données et la taille de l'échantillon (standardisée) constituent des éléments importants pour déterminer le budget. Lors de la comparaison des budgets, il est également important de tenir compte du niveau de vie dans les différents pays.

Il existe une grande diversité dans les méthodes de **valorisation** des résultats et des données d'une étude de prévalence en fonction du pays. Tous les Etats membres font visiblement des efforts pour améliorer l'accessibilité aux rapports des études. L'accessibilité aux données dépend surtout de la langue de publication des résultats (p.ex. uniquement dans la langue nationale), du délai de disponibilité du rapport final (p. ex. 1 an après le travail sur le terrain) et de la présence ou non d'une archive qui permet de consulter les données originales. Certains pays ne parviennent pas à publier un rapport endéans un délai relativement court (p. ex. la France, l'Irlande, la Tchéquie). Il est également important de mettre à disposition ou de publier des informations dans une langue courante comme par exemple l'anglais pour mieux valoriser l'étude. Il est saisissant de constater que des pays comme l'Italie, l'Autriche et l'Espagne ne distribuent pas leurs rapports en anglais, contrairement à de nouveaux Etats membres (p. ex. la Lettonie, la Hongrie et la Roumanie). Enfin, la disponibilité des données originales constitue une plus-value. Notre enquête montre cependant que la plupart des pays ne donnent pas accès aux données originales à des tiers.

2.3. Etude de prévalence belge concernant la consommation de substances (hallucinogènes) illégales

2.3.1. Le contexte belge

La **répartition complexe des compétences** rend le *contexte belge* fort particulier. La Belgique est un état fédéral, constitué de différentes Communautés et Régions (la Région/Communauté flamande, les Communautés française et germanophone, la Région de Bruxelles Capitale et la Région wallonne) qui exercent des compétences autonomes. De ce fait, les régions appliquent des politiques de prévention différentes. Il est donc important de collecter les résultats concernant la nature et l'envergure de la consommation de substances (hallucinogènes) illégales pour chaque région. Les différences régionales par rapport à la prévalence de la consommation de substances constituent un argument supplémentaire pour la collecte des données par région. Les enquêtes de santé nationales datant de 2001 et 2004 et les études HBSC ont révélé des différences entre les chiffres de prévalence de la Région de Bruxelles Capitale, de la Région flamande et de la Région wallonne. Ces Communautés et Régions se distinguent également par leurs caractéristiques sociodémographiques, socio-économiques et linguistiques. L'élaboration d'une étude de prévalence belge doit par conséquent tenir compte également de la **diversité linguistique** de la Belgique (le néerlandais, le français et l'allemand). La disponibilité de **cadres d'échantillonnage** constitue un autre facteur contextuel primordial pour l'élaboration d'une étude de prévalence. La Belgique dispose notamment du Registre National, du registre téléphonique, de listes d'électeurs, et de cadres d'échantillonnage commerciaux et destinés à des enquêtes en ligne. Le contexte belge offre en outre l'option du *piggybacking survey*. Comme dans quelques études de prévalence européennes, les décideurs politiques nationaux peuvent notamment opter pour l'ajout de questions concernant la consommation de substances (hallucinogènes) illégales à l'enquête nationale de santé. Dans le contexte belge, les décideurs politiques doivent également faire suffisamment coïncider le **timing** de l'étude de prévalence avec le calendrier des écoliers (15-18 ans). Les enquêtes sont fréquentes auprès de ce groupe. À ce qu'on dit, les jeunes auraient développé une attitude négative envers les enquêtes concernant la drogue. Bien que des catégories d'âge correspondantes permettent la comparaison des résultats, les décideurs politiques doivent tenir compte du risque du trop-plein d'enquêtes auprès de la population des écoliers.

2.3.2. Scénarios

En tenant compte de ces facteurs contextuels, nous avons élaboré trois *scénarios* faisables pour une *étude de prévalence belge* : le « *maximal single survey scenario* », le « *minimal single survey scenario* » et le « *piggybacking scenario* ». Chaque scénario décrit les aspects du contenu, de la méthodologie, financiers et de valorisation. Nous avons notamment développé un questionnaire en néerlandais, en français et en anglais pour chaque scénario. Chaque scénario contient également une estimation du budget et du temps nécessaire pour la réalisation d'une étude de prévalence belge, une description détaillée (des avantages et inconvénients) du modèle sélectionné pour l'étude et une explication approfondie des possibilités de valorisation dont peuvent disposer les décideurs politiques.

Contrairement au scénario *minimal single survey*, les scénarios *maximal single survey* et *piggybacking survey* offrent la possibilité de collecter des informations concernant les déterminants sous-jacents de la consommation (e.a. la polyconsommation, la consommation intraveineuse, ...). Les scénarios *maximal single survey* et *piggybacking survey* visent ainsi une comparabilité importante avec les directives internationales (e.a. EMQ) et les études de prévalence existantes en Europe. Le scénario *minimal single survey* collecte uniquement les

données de base (p. ex. les chiffres de la prévalence) qui doivent être rapportées par les Reitox Focal Points dans les « tableaux standards » de l'EMCDDA. À ce sujet également, la comparabilité (du **contenu**) entre les pays est considérée importante. La longueur des questionnaires est un désavantage des *maximal single survey* et *piggybacking survey*. Le choix de la méthodologie dépend en effet de la longueur du questionnaire. La présence d'un enquêteur (e.a. lors d'entrevues individuelles ou téléphoniques) permet de longs questionnaires, l'enquêteur pouvant stimuler le répondant à répondre au questionnaire complet. Il est par ailleurs important de limiter la longueur des questionnaires de post-enquêtes.

La méthodologie des scénarios est choisie en fonction du degré de garantie de la qualité des données collectées (à savoir les taux de réponse ainsi que la validité et la fiabilité des réponses). La classification des méthodes de collecte de données « moins bonnes » ou « meilleures » dépend en effet de facteurs tels que le temps et le budget disponibles. Étant donné que, d'une part, l'absence de réponses à certaines questions ou à des ensembles de questions est plus facilement vérifiée lors d'une entrevue personnelle et que, d'autre part, les participants répondent plus volontairement à des questions sensibles face à un écran d'ordinateur que face à un enquêteur ou que par écrit, le scénario *maximal single survey* consiste en une entrevue individuelle assistée par ordinateur (« computer assisted face-to-face survey » - CAPI). La post-enquête est choisie comme méthode pour la collecte des données du scénario *minimal single survey* parce qu'elle génère en général le taux de réponse le plus bas. Le choix de méthodologie pour le scénario *piggybacking survey* dépend des choix méthodologiques de l'enquête nationale de santé. Le modèle actuel du HIS (« Health Interview Survey ») permet l'intégration du module drogue dans le questionnaire écrit. Le CAPI peut également représenter une alternative valable pour la collecte de données sur papier. Une autre possibilité pour le *piggybacking survey* avec le HIS est de faire remplir la partie concernant la drogue après l'entrevue personnelle et le départ de l'enquêteur du cercle familial. Le répondant peut alors compléter le questionnaire en ligne. Ceux qui ne disposent pas de la possibilité de répondre aux questions en ligne reçoivent une enquête par écrit.

D'autres éléments que la méthode pour la collecte des données jouent bien sûr un rôle lors de la conception de l'enquête, notamment le cadre d'échantillonnage, la population cible spécifique, etc. Les choix dépendent en grande mesure du budget disponible. Le scénario *maximal single survey* est axé sur la collecte d'informations sans restriction au niveau du **temps** ou du **budget**, contrairement au *minimal single survey* qui demande la collecte des données endéans une période relativement courte avec un budget limité. Le scénario *maximal single survey* opte par conséquent pour un échantillonnage aléatoire en étapes multiples (« multistage random sampling ») de 10.000 personnes du Registre National. La population cible de ce scénario se constitue de la tranche d'âge entre 15 et 64 ans, excluant les personnes institutionnalisées et sans domicile fixe. Une enquête individualisée sur un échantillon de 10.000 individus représente un coût d'environ 2.365.087 €. Les directives de l'EMCDDA déterminent que les sondages concernant la consommation de substances illégales doivent être répétés tous les 4 ans au moins pour représenter quelque valeur politique. Il est dès lors prévu dans le scénario *maximal single survey* de répéter l'étude transversale tous les 4 ans.

La post-enquête du scénario *minimal single survey* est basée sur un échantillon aléatoire simple de 5.000 personnes du Registre National. La population cible est limitée à la tranche d'âge entre 15 et 64 ans, excluant les personnes institutionnalisées et sans domicile fixe. Tenant compte des directives de l'EMCDDA et des résultats

des études européennes, le scénario *minimal single survey* prévoit également la répétition de l'étude transversale tous les 4 ans. Tenant compte des frais divers (p. ex. le personnel, les frais généraux, le matériel, ...), une enquête écrite sur un échantillon de 5.000 individus représente un budget d'environ 719.990 €

Le cadre d'échantillonnage et la population cible du scénario *piggybacking survey* dépendent à nouveau de l'étude qui contient les questions supplémentaires concernant la consommation de substances (hallucinogènes) illégales (c.-à-d. l'étude nationale de santé). Ceci veut dire que le scénario *piggybacking survey* bénéficie d'un échantillon provenant du Registre National, sélectionné en plusieurs étapes, stratifié et groupé. Contrairement à l'enquête nationale de santé, qui ne délimite pas la population cible (c.-à-d. la population belge au complet est interrogée, tous âges, sexes et nationalités confondus), le scénario *piggybacking survey* prévoit de soumettre les questions concernant la consommation de substances (hallucinogènes) illégales uniquement à la population cible de 15 ans ou plus. La fréquence pour le scénario *piggybacking survey* dépend totalement de la fréquence de l'enquête nationale de santé. L'enquête de santé est une étude transversale qui est effectuée tous les trois à quatre ans. Le scénario *piggybacking survey* correspond d'ores et déjà aux recommandations de l'EMCDDA concernant ce point.

La mise à disposition du travail effectué sur le terrain et la documentation des données aux groupes concernés est une exigence minimale de **valorisation**. Étant donné que la valorisation représente une phase importante de l'étude, nous avons choisi une valorisation semblable et largement élaborée pour les trois scénarios. Les différents scénarios prévoient la mise à disposition de la documentation concernant le travail sur le terrain et les données, ainsi que des données originales. Pour une valorisation optimale, la documentation et les données doivent être disponibles en plusieurs langues (également en anglais) et dans les temps (au plus tard un an après le travail sur le terrain). D'autres canaux de valorisation auxquels l'étude belge de prévalence peut faire appel, sont entre autres l'EMCDDA (pour les rapports nationaux) et l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP). En 2002, L'EMCDDA a développé la « European Databank of National Population Surveys on Drug Use » (NPSD-EU) pour réunir et comparer tous les rapports d'études de prévalence. Cette base de données avait également pour objectif d'améliorer l'accessibilité aux données en les rendant disponibles (après enregistrement) aux personnes concernées. Après une période d'inactivité, la base de données a été réintroduite en 2008 sous le nom « Fonte ». L'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) également joue un rôle important pour la valorisation : par la publication d'informations sur le site ISP, comme contenu de rapports, par le biais de conférences de presse et dans des publications scientifiques. Les données peuvent en outre être consultées par le biais d'une application en ligne (pour des analyses descriptives restreintes) ou sur CD-ROM (pour des analyses approfondies, néanmoins avec un accès limité).

2.3.3. Recommandations générales

Les décideurs politiques devront tenir compte de certaines **recommandations générales** avant de mettre en œuvre une étude belge de prévalence. Ces recommandations doivent aider à augmenter la qualité de l'étude belge de prévalence.

Il est d'abord conseillé d'établir un conseil consultatif scientifique qui stimulera la valorisation des résultats et surveillera la qualité scientifique de l'étude belge de prévalence. Ce conseil doit être constitué des donneurs d'ordre de l'étude nationale de prévalence (ou de leurs représentants), du Focal Point national, de « Subfocal Points », d'académiciens disposant d'une expertise pertinente, etc. Comme dans la plupart des pays européens, le conseil consultatif scientifique peut avoir la tâche de fournir des avis (scientifiques) indépendants et de formuler des recommandations.

En outre, l'équipe de chercheurs responsable de l'organisation et/ou de la réalisation de l'étude belge de prévalence concernant la consommation de substances (hallucinogènes) illégales doit disposer d'une expérience suffisante concernant tant les méthodologies d'enquêtes que l'épidémiologie des drogues. Vu que les autorités sont le donneur d'ordre de l'étude de prévalence, il va de soi qu'un organisme public prenne la responsabilité de *l'organisation* et de *la supervision* de l'étude belge de prévalence. La disposition de suffisamment de personnel, de temps et d'expertise forme néanmoins une condition importante. Au cas où ceux-ci ne seraient pas disponibles, un institution publique pourrait introduire un projet Agora. Agora finance des mesures de support scientifique au service des départements fédéraux. Après cela, les autorités ont deux possibilités : soit l'organisme prend lui-même la responsabilité finale des études de prévalence suivantes, soit l'organisme public confie à nouveau l'organisation et la supervision de l'étude de prévalence à une ou plusieurs équipes universitaires. Le *travail sur le terrain* effectif de l'étude nationale de prévalence peut être effectué soit par un organisme public, par une ou plusieurs équipes universitaires (à condition d'établir une propre « unité de travail sur le terrain »), ou par une entreprise commerciale externe. La plupart des pays européens font toutefois appel à des sociétés commerciales pour la réalisation effective du travail sur le terrain vu que celles-ci disposent déjà d'interviewers formés, d'ordinateurs (au cas où l'on opte pour la méthode CAPI), etc.

Un dernier aspect important est la *continuité* de l'étude. Les décideurs politiques doivent se rendre compte que la conception d'une étude *répétitive* demande un financement régulier. Plus le budget nécessaire est important, plus la continuité du financement est difficile. La plus-value des études de prévalence auprès de la population générale se situe surtout dans le suivi à travers les années de l'évolution des tendances et les développements de la consommation de substances, des attitudes, etc.

2.3.4. Le test cognitif

Le questionnaire en néerlandais du scénario *maximal single survey* a été analysé en profondeur à l'aide d'un **test cognitif**. Ce test a mis le doigt sur un nombre d'imperfections au niveau du *contenu*. Ces remarques concernaient l'utilisation de mots difficiles ou peu clairs, l'ambiguïté de certains textes d'introduction et l'absence de catégories de réponses ou de périodes de référence pour certaines questions. La formulation d'alternatives pour certains mots vagues ou suggestifs s'est avérée être une tâche très difficile, à laquelle la réalisation effective d'une étude nationale de prévalence devra attacher suffisamment d'attention. Il est conseillé d'effectuer un *test pilote* détaillé lors de la réalisation effective de l'étude nationale de prévalence pour réévaluer le questionnement alternatif et d'analyser la qualité. Le test cognitif a également montré que le questionnaire contenait peu d'inexactitudes dans *la forme*. La longueur du questionnaire a été jugée plutôt positivement et la nature répétitive

du questionnaire n'a dérangé qu'un nombre restreint des répondants. Aucun commentaire fondamental n'a été rapporté concernant la logique derrière la structure du questionnaire et/ou de l'*acheminement*.

D'une part, les remarques concernant les aspects liés au contenu et à la forme ont amélioré la qualité du questionnaire. Nous avons remarqué d'autre part que la prudence est de mise lorsque l'on reprend les questions de l'EMQ. Le test cognitif a notamment montré que le European Model Questionnaire se rend coupable à certaines *distorsions* (p. ex. des questions posées en double, l'utilisation de mots suggestifs, des échelles déséquilibrées et des thèses hypothétiques). Ce constat est d'autant plus surprenant que l'instrument standard européen se dit viser la grande qualité du questionnaire.

2.4. Conclusion

Nous pouvons conclure qu'une étude belge de prévalence est faisable scientifiquement, même en tenant compte des possibilités et restrictions de la situation belge. Les décideurs politiques nationaux disposent en principe de trois scénarios faisables pour la réalisation (le « *maximal single survey scenario* », le « *minimal single survey scenario* » et le « *piggybacking scenario* »). Nous avons en effet établi des questionnaires en néerlandais, en français et en anglais pour chaque scénario. Les scénarios contiennent en outre des estimations concrètes du temps et du budget (e.a. frais généraux, travail sur le terrain, ...) nécessaires pour la réalisation de l'étude belge de prévalence, une description détaillée (des avantages et inconvénients) du modèle d'étude sélectionné et une explication approfondie des possibilités de valorisation dont peuvent disposer les décideurs politiques.

Bien que les directives internationales ne soient pas contraignantes, la comparabilité entre les études nationales de prévalence en Europe est un des points forts de ce genre d'études. Dans ce sens, le European Model Questionnaire (EMQ) doit constituer un point de départ pour l'étude belge de prévalence.

Le European Model Questionnaire (EMQ) comprenant plusieurs distorsions, l'étude belge de prévalence doit néanmoins trouver un équilibre entre la comparabilité avec l'EMQ (ainsi que la comparabilité entre les études nationales) et les qualité et quantité des données collectées.

Avec la présente étude, nous espérons lancer le dialogue sur la mise en œuvre d'une étude belge de prévalence. Tant qu'il n'y aura pas la moindre indication sur la nature ni sur le canevas de la consommation de substances (hallucinogènes) illégales parmi la population belge, la Belgique accusera un retard au niveau européen et international.

2.5. Limitations et recommandations

Il convient de s'attarder sur quelques limitations de la présente étude et de formuler des recommandations pour les études futures. Cette étude est exclusivement axée sur le contexte européen et sur la place que la Belgique y occupe. Il est néanmoins intéressant d'élargir la méta-analyse aux pays non-européens qui ont développé une tradition importante en matière d'études de prévalence. Les Etats-Unis et l'Australie occupent la première position en ce qui concerne la réalisation de sondages à grande échelle. L'*Australian National Drug Strategy*

Household Survey est organisée depuis 1985 auprès d'un échantillon de 20.000 personnes⁶. La U.S. National Survey on Drug Use and Health est organisée chaque année auprès d'un échantillon de 67.500 personnes depuis 1971⁷. L'étude du contexte non-européen ne faisait pas partie de cette étude de faisabilité mais cette option pourrait être envisagée à l'avenir.

Une seconde limitation se rapporte à la réalisation du scénario *piggybacking survey*. La plupart des pays européens ont opté pour l'intégration de questions supplémentaires concernant la consommation de substances (hallucinogènes) illégales dans une enquête de santé ou une enquête sur la criminalité. C'est la raison pour laquelle la présente étude de faisabilité se limite à l'intégration de questions supplémentaires concernant la consommation de substances (hallucinogènes) illégales dans l'enquête de santé nationale. En d'autres termes, nous n'avons pas pris en compte d'autres enquêtes qui reprennent (éventuellement) des questions concernant la consommation de substances (hallucinogènes) illégales.

⁶ Australian Institute of Health and Welfare, *2007 National Drug Strategy Household Survey - First results, Drug Statistics Series number 20. Cat. no. PHE 98*, Canberra, AIHW, 2008, 77p.

⁷ Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings, NSDUH Series H-34, DHHS Publication No. SMA 08-4343*, Rockville, MD, SAMHSA Office of Applied Studies, 2008, 306p.