

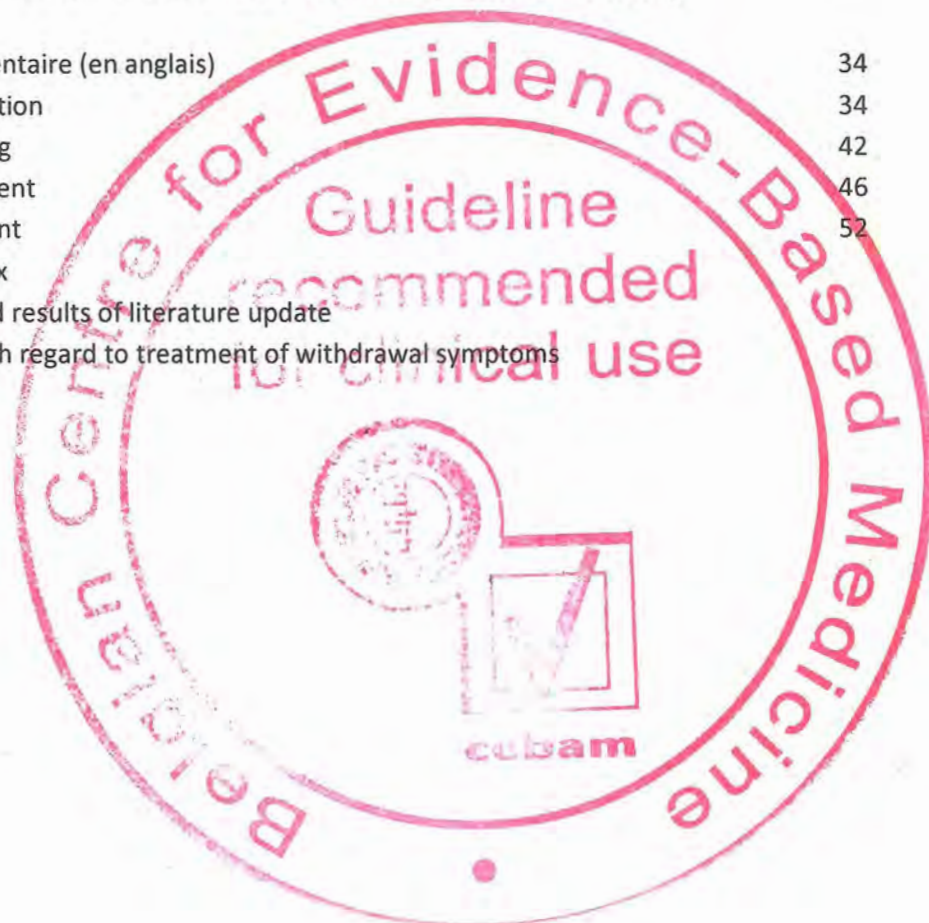
# Guide de bonne pratique Dépistage, évaluation et traitement de l'abus d'alcool chez les jeunes (Révision de la version finale)

Pour le groupe d'étude ADAPTE-youth

Auteurs: Trudy Bekkering, Karen Smets, Martine Goossens, Mieke Autrique, David Möbius, Marijs Geirnaert, Bert Aertgeerts, Paul Van Royen, Karin Hannes

## Table des matières

Aperçu schématique du guide de bonne pratique	2
Partie A. Recommandations	
1.1 Introduction	3
1.2 Dépistage	14
1.3 Évaluation	16
1.4 Traitement	21
Références	29
Annexes	
A1. Outils à joindre éventuellement	
AUDIT	32
CRAFT	33
A2. Traitements médicamenteux en cas d'éventuels symptômes de sevrage	
Partie B. Argumentaire (en anglais)	34
2.1 Introduction	34
2.2 Screening	42
2.3 Assessment	46
2.4 Treatment	52
Appendix	
B1. Methods and results of literature update	
B2. Evidence with regard to treatment of withdrawal symptoms	



# **Guide de bonne pratique Dépistage, évaluation et traitement de l'abus d'alcool chez les jeunes (Révision de la version finale)**

## **Pour le groupe d'étude ADAPTE-youth**

Auteurs: Trudy Bekkering, Karen Smets, Martine Goossens, Mieke Autrique, David Möbius, Marijs Geirnaert, Bert Aertgeerts, Paul Van Royen, Karin Hannes

### **Table des matières**

Aperçu schématique du guide de bonne pratique	2
Partie A. Recommandations	
1.1 Introduction	3
1.2 Dépistage	14
1.3 Évaluation	16
1.4 Traitement	21
Références	27
Annexes	
A1. Outils à joindre éventuellement	29
AUDIT	
CRAFT	
A2. Traitements médicamenteux en cas d'éventuels symptômes de sevrage	31
Partie B. Argumentaire (en anglais)	34
2.1 Introduction	34
2.2 Screening	43
2.3 Assessment	47
2.4 Treatment	54
Appendix	
B1. Methods and results of literature update	71
B2. Evidence with regard to treatment of withdrawal symptoms	73

## Jeunes de 12 à 18 ans présentant (éventuellement) un abus d'alcool

### Dépistage

- A la suite de signes d'appel physiques ou psychosociaux (Recom. 1)
- Outils : questionnaire AUDIT(-C) ou CRAFFT (Recom. 2)

### Evaluation

- Analyse de laboratoire : aucun rôle dans le diagnostic, éventuellement pour la surveillance (Recom. 3)
- AUDIT pour la durée et la gravité de l'abus, évaluer également les problèmes associés (Recom. 5)
- Evaluer les domaines pertinents dans une évaluation détaillée (indice T-ASI) (Recom. 6)
- Evaluation dans un centre spécialisé des jeunes de 12-15 ans présentant également d'autres problèmes (Recom. 7)

**En cas de traumatismes au service des urgences :** déterminer l'alcoolémie (Recom. 4)

### Orientation

- vers un centre spécialisé en cas de dépendance, d'effet insuffisant des interventions brèves, en cas de troubles sévères ou de comorbidité (Recom. 8)
- vers un hôpital en cas de phase aiguë de sevrage alcoolique : proposer l'hospitalisation si le jeune a moins de 16 ans (Recom. 9), envisager l'hospitalisation des jeunes de 16 et 17 ans (Recom. 10)

Indications d'hospitalisation : intoxication alcoolique aiguë, délire, convulsions, consommation de plusieurs médicaments, surveillance insuffisante (Recom. 11)

**Dans les rares cas de symptômes de sevrage :** voir Annex (Traitements médicamenteux en cas d'éventuels symptômes de sevrage (Recom. 22 à 25)

### Traitement des jeunes

Pas de dépendance



Dépendance totale

**Soutien de la famille :** Impliquer la famille dans le traitement (Recom. 12) ; Discuter des préoccupations des membres de la famille (Recom. 13)  
Proposer une auto-assistance accompagnée, donner des informations, encourager le contact avec les groupes de soutien (Recom. 14)  
Envisager de réunir la famille (Recom. 15)

### Conditions de l'efficacité du traitement

- Travailler avec les parents et l'entourage (Recom. 16)
- Utiliser l'entretien motivationnel (Recom. 17)
- Rendre le matériel d'auto-assistance disponible (Recom. 18)
- Expliquer le danger d'une diminution trop rapide de la consommation (Recom. 19)

### Traitements non médicamenteux

- Intervention brève chez les jeunes en cas de consommation occasionnelle mais excessive d'alcool (hazardous drinking) ou de consommation excessive et prolongée d'alcool (harmful drinking) (Recom. 20)
- Thérapie cognitivo-comportementale chez les jeunes ne présentant pas de comorbidité (Recom. 21)
- Programmes multidimensionnels chez les jeunes en cas de comorbidité (Recom. 21)

Légende : Ce schéma donne un aperçu des recommandations de ce guide de bonne pratique. Le numéro de la recommandation (Recom.) est mentionné entre parenthèses.

## Partie A. Recommandations

### 1.1 Introduction

Chez les jeunes belges, la consommation d'alcool est précoce, fréquente et abondante. 50% des jeunes Flamands ont déjà bu de l'alcool à 13 ans, chiffre qui passe à 89% parmi les jeunes de 16 ans (ESPAD, 2011). 69% des jeunes de 16 ans déclarent avoir bu de l'alcool au cours des trente derniers jours, 38% consommant plus de cinq verres par occasion (ESPAD, 2011). En Wallonie, le pourcentage des jeunes âgés de 13 ans qui consomment de l'alcool toutes les semaines est de 5% parmi les filles et de 8% parmi les garçons, chiffres qui passent à respectivement 16% et 32% à l'âge de 15 ans (Currie, 2012). 23% des filles et 32% des garçons déclarent avoir déjà été ivres au moins deux fois à l'âge de 15 ans (Currie, 2012).

#### *Risques et conséquences*

La consommation d'alcool peut avoir des effets négatifs chez les jeunes. Ainsi, l'abus d'alcool peut provoquer des lésions cérébrales et entraîner un retard fonctionnel sur le plan du langage, de la concentration, de l'apprentissage, de la mémoire et de l'orientation spatiale, surtout en cas de consommation précoce, de longue durée ou en grande quantité. On ignore encore si ces effets sont permanents et dans quelle mesure ils le seraient (Verdurmen et coll., 2006 ; Boelema et coll., 2009). Les filles sont probablement plus exposées que les garçons aux lésions cérébrales dues à l'alcool (Boelema et coll., 2009). De plus, les jeunes sous l'influence de l'alcool courent un risque accru d'avoir un accident et de se blesser et sont plus souvent agressifs ou adoptent plus facilement un comportement sexuel à risque (Verdurmen 2006 ; Boelema et coll., 2009).

Le risque de problèmes d'alcool à l'âge adulte est plus élevé lorsque la consommation d'alcool a débuté précocement (Verdurmen et coll., 2006). La consommation précoce d'alcool fait partie d'un ensemble complexe de facteurs susceptibles de contribuer au développement d'un problème d'alcool à un âge plus avancé (Boelema et coll., 2009). En outre, les jeunes qui boivent déjà à l'âge de 13 ans ont plus fréquemment des problèmes à l'école et adoptent plus souvent un comportement délinquant (Peleg-Oren et coll., 2009).

#### *Motivation du guide de bonne pratique*

Souvent, les jeunes qui présentent des problèmes liés à l'alcool ne reçoivent pas l'aide dont ils auraient besoin. Les jeunes ne recherchent pas d'aide parce qu'ils sous-estiment leur consommation et son impact à long terme. De plus, les idées qu'ils se font de l'aide ne correspondent pas à la réalité (Van Hout, 2012), et apparemment, le besoin se fait sentir d'une offre d'aide correspondant mieux à la demande des jeunes. Il est possible que les parents et les intervenants sous-estiment la consommation d'alcool du jeune. Par ailleurs, il s'indique d'instaurer une plus grande coopération entre les structures d'assistance, les autorités et les intervenants sur le terrain (Van Hout, 2012).

Ce guide de bonne pratique se propose de tracer, par-delà les diverses disciplines, une vision singulière ainsi qu'une prise en charge cohérente pouvant être utilisées par les intervenants du secteur des soins de santé et de l'aide intégrale à la jeunesse et les autres professionnels qui s'occupent de jeunes présentant des problèmes liés à la consommation d'alcool.

## Objectifs du guide de bonne pratique

Les recommandations dans ce guide de bonne pratique sont indicatives et ont but de servir de fil conducteur lors des prises de décisions dans les secteurs des soins de santé, de l'aide sociale ainsi que dans les écoles et au niveau de la société belge. Nous nous proposons de la sorte de fournir des informations étayées scientifiquement à propos de stratégies efficaces pour le dépistage, l'évaluation et le traitement des jeunes présentant un (éventuel) problème d'alcool. Le bénéfice escompté est l'amélioration de la qualité des soins prodigués à ces jeunes grâce à ce guide de bonne pratique, notamment en en réduisant l'inexplicable variation et en proposant une aide mieux adaptée.

Ce guide de bonne pratique décrit les soins qui, du point de vue scientifique, sont les mieux adaptés aux jeunes dans leur ensemble. Le jeune lui-même, considéré comme suffisamment capable, est un partenaire à part entière dans les prises de décisions concernant les soins (voir aussi les droits du jeune). Le rôle de l'intervenant est de clarifier la question du jeune par le biais d'une communication adaptée et de lui donner des informations sur tous les aspects des options thérapeutiques possibles. L'intervenant et le jeune choisissent ensuite ensemble une stratégie déterminée. Il se peut que, sur la base d'une série d'arguments, l'intervenant et le jeune optent pour une autre stratégie que celles qui sont décrites ici.

Il est important que l'intervenant adopte une attitude fondamentalement participative de manière à établir de bons rapports avec les jeunes ; c'est essentiel pour l'application de ce guide de bonne pratique. Les caractéristiques que les jeunes apprécient dans le comportement de l'intervenant sont l'authenticité, l'empathie, le fait d'être à la hauteur, l'ouverture, l'inconditionnalité, la tendance à être positif, la proximité professionnelle, la fiabilité et le respect (Aide intégrale à la jeunesse, 2008).

Ce guide de bonne pratique s'appuie autant que possible sur les guidelines internationaux existants et sur la recherche scientifique. Si un guideline existant n'aborde pas un thème particulier, celui-ci n'est pas non plus repris dans ce guide de bonne pratique, comme par exemple les adolescents présentant des troubles cognitifs à la suite d'un abus d'alcool. De plus, la recherche scientifique portant sur l'abus d'alcool parmi les jeunes est un domaine en plein développement, de sorte que ce guide de bonne pratique et les recommandations pour une question clinique particulière ne sont pas exhaustifs. En d'autres termes, si une stratégie particulière ne figure pas dans ce guide de bonne pratique, ni parmi les recommandations, cela ne signifie pas pour autant qu'elle ne devrait pas être appliquée. Dans la plupart des cas, les recommandations proposées ne recouvrent pas la totalité de la question clinique. Ainsi, l'offre de deuxième ligne est plus vaste que la prise en charge décrite dans les recommandations 9, 10 et 11. Cela a à voir avec un manque de données scientifiques. Le guide de pratique doit être lu et interprété comme un « travail en développement » qui devra intégrer de manière systématique les connaissances issues des études scientifiques et synthèses de qualité ainsi que des guides de bonne pratique. Pour de plus amples informations sur l'élaboration de ce guide de bonne pratique, veuillez vous reporter à l'argumentaire (partie B)

## Contexte

Ce guide de bonne pratique présente un intérêt pour toutes les structures d'assistance et professions en contact avec des jeunes en Belgique. Il s'agit des groupes suivants : les professionnels des soins de première ligne, les professionnels de la santé actifs dans les institutions ambulatoires, les professionnels de la santé actifs dans les institutions résidentielles, les éducateurs de rue, les

conseillers en prévention, les travailleurs sociaux (CPAS, Centre de Conseil de la Jeunesse (JAC, pour « Jongeren Advies Centrum »)), les animateurs socioculturels (y compris les bénévoles des organisations de jeunes, entre autres) et les collaborateurs des écoles (y compris les bénévoles). De plus, le guide de bonne pratique présente également un intérêt pour les réseaux informels s'articulant autour des jeunes qui présentent (éventuellement) un abus d'alcool, notamment les parents et la famille. Cependant, les recommandations ne présentent pas toutes un intérêt pour chaque structure d'assistance ou chaque personne. Cela signifie que les utilisateurs de ce guide de pratique doivent évaluer ce qui est valable, adapté et significatif pour leur propre fonction professionnelle et dans le contexte qui est le leur.

Ce guide de bonne pratique décrit bien quels soins sont les plus efficaces, mais par contre pas quel intervenant devrait les prodiguer, étant donné que cela dépend de tas de facteurs locaux. Les utilisateurs du présent guide de bonne pratique doivent déterminer quels soins ils peuvent offrir eux-mêmes et quelles sont les situations dans lesquelles il convient d'orienter un adolescent vers un autre collègue.

### Population cible

Ce guide de bonne pratique concerne les jeunes âgés de 12 à 18 ans, quels que soient leurs excès sur le plan de la consommation d'alcool : abus occasionnel, le binge drinking, abus de longue durée et dépendance. En raison du manque d'études scientifiques portant sur les jeunes présentant une comorbidité, le guide de bonne pratique est destiné aux jeunes qui ne présentent pas de comorbidité importante. L'intervenant doit vérifier si les recommandations de ce guide de pratique peuvent éventuellement s'appliquer aux jeunes atteints de comorbidité. Il existe deux guides de bonne pratique interconnectés : le guide sur le dépistage, l'évaluation et le traitement des jeunes qui abusent de drogues (ADAPTE-youth 2) et le guide sur la prévention de l'abus d'alcool et de substances parmi les jeunes (ADAPTE-youth 3).

Il sera mentionné lorsque les recommandations sont spécifiques à une partie de ce groupe, par exemple les jeunes jusqu'à 15 ans ou les jeunes de 16 et 17 ans. L'intervenant devra vérifier si une recommandation peut s'appliquer à un autre groupe cible.

Comme il s'agit de mineurs, les intervenants doivent, sous certaines conditions, informer les parents ou les soignants en tant que représentants légaux ou leur demander leur accord. En outre, les jeunes ont droit au respect de leur vie privée (voir les droits des jeunes).

### Parents

Le principe de ce guide de pratique est que l'éducation de l'enfant est la tâche des parents et non des intervenants. Le soutien et le contrôle sont des éléments essentiels de l'éducation. Il s'agit de trouver un équilibre entre le dialogue et le maintien de limites, équilibre s'appuyant sur une relation parents-enfant positive, laquelle est nécessaire pour pouvoir poser des limites et conclure des accords. Elle implique une ouverture dans la communication entre les parents et les enfants, ces derniers se sentant soutenus par leurs parents. Mais une relation de soutien et une communication ouverte ne suffisent pas : les jeunes ont besoin d'une structure et de limites. Il est important qu'ils sachent clairement quelles sont les limites qui comptent dans leur famille et aussi quelles sont les conséquences s'ils les franchissent. Si les parents en ont besoin, les intervenants peuvent donner des conseils et apporter de l'aide pour améliorer les compétences parentales en matière d'éducation.

### Questions cliniques

Le guide de bonne pratique entend répondre aux questions suivantes qui portent sur l'abus d'alcool parmi les jeunes :

1. Quels signes d'appel doivent orienter vers un dépistage ciblé pour détecter un abus d'alcool (à risque) ?
2. Quels sont les outils de dépistage fiables et valides pour détecter un abus d'alcool ? Dans quel contexte le dépistage doit-il avoir lieu ?
3. Comment les intervenants peuvent-ils évaluer la probabilité du diagnostic et la gravité de l'abus d'alcool ? Existe-t-il des outils fiables et valides ?
4. Quels sont les examens techniques à effectuer ?
5. Quelles sont les conditions auxquelles une démarche thérapeutique efficace doit répondre ?
6. Quels médicaments doit-on prescrire ? Quand doit-on les prescrire ?
7. Quelles interventions non médicamenteuses (psycho-sociales) faut-il délivrer, et quand ?
8. Quand faut-il référer le jeune avec un abus d'alcool aux structures de la seconde ligne ?
9. Quelles sont les interventions efficaces pour offrir un soutien à la famille du jeune avec un abus d'alcool ?

Les mesures à prendre en cas d'intoxication alcoolique aiguë sortent du cadre de ce guide de bonne pratique. Une hospitalisation est indiquée (voir recommandation 11).

Le panel a formulé encore d'autres questions qui ne n'ont pas été reprises dans ce guide de bonne pratique parce qu'aucune information scientifique à ce sujet n'a été trouvée dans les guides de bonne pratique internationaux existants :

- Quelles sont les questions à poser lors de l'anamnèse et quels examens cliniques faut-il effectuer ?
- Quelles sont les interventions (médicamenteuses et psychosociales) à associer, et quand ?
- Quand une admission en service résidentiel est-elle nécessaire ?
- Quelle est la durée minimale du suivi ? En quoi le suivi doit-il consister ?

Aucune information scientifique n'a été trouvée à ce sujet dans les guides de pratique examinés.

### Structure du document

Ce guide de bonne pratique est axé principalement sur l'aide non urgente en cas d'abus d'alcool. On distingue deux extrêmes dans l'abus d'alcool : l'abus occasionnel et la dépendance totale. L'intervenant devra déterminer quelles sont les interventions les plus adaptées aux différents jeunes. Ce guide de bonne pratique comprend aussi quelques recommandations pour les urgences médicales (voir l'Annexe A2).

Chaque question clinique est suivie de la (des) recommandation(s) pertinente(s). Le système de gradation des niveaux de preuve scientifique utilisé est le système GRADE (GRADE, 2008). Le grade que porte la recommandation se compose du chiffre 1 ou 2 et de la lettre A, B ou C. Le chiffre 1 indique un haut niveau de preuve, ce qui signifie que les avantages de la recommandation sont plus importants que ses inconvénients. Le chiffre 2 indique un faible niveau de preuve, ce qui signifie que les avantages et les inconvénients sont en équilibre ou qu'il y a plus de désavantages que de bénéfices. Les lettres indiquent l'ampleur et la qualité des études scientifiques : A signifie « bon », B signifie « moyen », et C « faible » ou « inconnu ». Chaque recommandation est suivie d'un

argumentaire avec des informations sur sa mise en application dans la pratique ainsi que des remarques du panel et des acteurs qui ont piloté le guide de pratique. Nous avons chaque fois indiqué d'où provient l'argumentaire : il s'agit soit du guideline source, soit du panel, soit des acteurs ayant évalué le guide de bonne pratique.

### Méthodologie

Ce guide de bonne pratique a été élaboré selon la procédure ADAPTE (Fervers et coll., 2006), une procédure destinée à 'adapter' par étapes les guidelines nationaux et internationaux au contexte local. Un panel d'experts a été réuni pour suivre cette procédure. Ils ont formulé les questions cliniques et ont évalué toutes les recommandations quant à leur pertinence et leur applicabilité dans le contexte belge. Lorsqu'une recommandation fut sélectionnée, le panel lui a attribué un grade (voir plus haut). La méthode suivie pour élaborer le guide de bonne pratique est décrite de manière plus détaillée dans la partie B.

Le panel se composait des personnes suivantes :

Experts sur le fond :

- Cis Dewaele, éducateur de rue, coordinateur de Vlastrov (fédération flamande des travailleurs sociaux de rue), Berchem
- Michel Vanhalewyn, médecin généraliste à Bruxelles ; collaborateur et auteur de recommandations de bonne pratique, Société scientifique de médecine générale (SSMG)
- 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) médecin du centre Katarsis, centre de désintoxication des toxicomanes, à Genk ; médecin LOGO (réseaux de santé locorégionaux) au service Santé publique de la province du Limbourg.
- Georges van der Straten, directeur de la communauté thérapeutique Trempline asbl à Châtelet
- Johan Sools, thérapeute comportementaliste / psychologue clinique, clinique psychiatrique Broeders Alexianen, à Tirlemont
- Deux représentants d'Al-Anon (qui souhaitent garder l'anonymat), Association pour parents et amis d'alcooliques, Anvers et Bruxelles
- Bert Mostien, cadre / coordinateur en matière de drogues, Lutte contre la drogue, province de Flandre-Orientale, Gand
- Lore Willem, collaboratrice scientifique de l'unité d'enseignement et de recherche en Psychologie clinique, Université catholique de Leuven (KUL)

Président, secrétaire et modérateur adjoint

- Paul van Royen, médecin généraliste, chef de service, coprésident de l'unité d'enseignement et de recherche en soins de première ligne et interdisciplinaires de l'Université d'Anvers, vice-président de la commission Recommandations de Domus Medica
- Trudy Bekkering, épidémiologue, Centre pour la méthodologie de la recherche pédagogique, Université catholique de Leuven (KUL), secrétaire
- Karen Smets, médecin généraliste, unité d'enseignement et de recherche en soins de première ligne et interdisciplinaires, Université d'Anvers, modératrice adjointe
- Karin Hannes, éducatrice sociale, Centre pour la méthodologie de la recherche pédagogique, Université catholique de Leuven (KUL), modératrice adjointe



Tous les membres du panel déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

## Définitions, concepts et abréviations

**Dépistage** : Activité par laquelle on tente d'identifier un abus d'alcool non encore diagnostiqué chez un jeune ou dans un groupe de jeunes. Pour ce faire, on utilise des tests ou des questionnaires permettant de faire la distinction entre les jeunes qui (vraisemblablement) abusent de l'alcool et ceux qui n'en consomment pas (Van Driel, 2008).

**Consommation problématique d'alcool** : donnée complexe susceptible d'évoluer vers la dépendance à l'alcool. La consommation d'alcool est associée à des problèmes physiques, psychiques et sociaux. Ces problèmes sont influencés par divers facteurs, comme la sensibilité individuelle, l'ampleur, la durée et le mode de la consommation d'alcool, l'association à d'autres produits, la présence éventuelle de problèmes psychiatriques et des facteurs environnementaux directs ou indirects. On parle aussi de consommation problématique d'alcool lorsque la personne boit alors qu'elle devrait rester sobre (par exemple comme usager de la route) ou à un moment qui ne convient pas (par exemple au petit-déjeuner). En matière de consommation problématique d'alcool, on fait souvent une distinction entre « consommation occasionnelle mais excessive d'alcool » et « consommation excessive et prolongée d'alcool » (Michels, 2011) (voir cadre 2).

Cadre 2. Aperçu des termes utilisés en français, en néerlandais et en anglais pour désigner les différents degrés de consommation abusive d'alcool.

Niveau croissant de l'abus d'alcool et du risque de lésions								
→	→	→	→	→	→	→	→	→
Occasioneel misbruik (incl. binge drinken)			Langdurig misbruik			Afhankelijkheid		
Usage à risque			Usage nocif			Alcoholodépendance		
Hazardous drinking			Harmful drinking			Dependence		

\* Il y a de petites différences entre les classifications. Le présent guide de bonne pratique utilise les définitions néerlandaises. Les définitions françaises et anglaises sont examinées dans la partie B.

**Consommation occasionnelle mais excessive d'alcool, encore appelée « usage à risque » (*hazardous drinking*)** : mode de consommation lié à un risque accru de conséquences néfastes, sans pour autant qu'il n'y ait de problèmes liés à l'alcool. Comme il est évident que l'alcool est dangereux pour les jeunes et en absence de normes claires, les auteurs du guide de bonne pratique recommandent une consommation d'alcool acceptable (voir cadre 3).

### Cadre 3. Guide de bonne pratique pour une consommation d'alcool acceptable

Pour les jeunes de moins de 16 ans : pas d'alcool ; pour les jeunes de moins de 18 ans : pas d'alcools forts. Pour les jeunes de 16 et 17 ans, le nombre de verres standard par occasion ne doit pas dépasser 1 à 2 pour les filles et 2 pour les garçons, et ils ne doivent pas consommer de l'alcool plus de deux jours par semaine ni en faire une habitude se répétant toutes les semaines. (VAD, 2009)

**Consommation excessive et prolongée d'alcool, encore appelée « usage nocif » (*harmful drinking*)** : mode de consommation entraînant des dommages pour la santé tant sur le plan physique (par exemple des lésions au niveau du foie) que psychique (par exemple des épisodes dépressifs). La consommation excessive et prolongée d'alcool peut aussi avoir des conséquences fâcheuses sur le plan social (Michels, 2011).

Le binge drinking (également appelée « forte consommation épisodique d'alcool » ou « alcoolisme épisodique ») : comportement (fréquent parmi les jeunes) consistant à consommer une quantité importante d'alcool en une seule occasion. Il existe plusieurs définitions du binge drinking, la quantité consommée et le laps de temps au cours duquel elle est ingérée variant de l'une à l'autre. Le sexe, l'âge et le poids sont également des facteurs dont il faut tenir compte. L'Association flamande pour les problèmes d'alcool et autres drogues (VAD) a opté pour la définition d'Anderson et Baumberg (2006) : « Le binge drinking est la consommation, en deux heures de temps, d'au moins six verres standard d'alcool pour les hommes et d'au moins quatre verres standard d'alcool pour les femmes, même si la consommation chaque semaine est à considérer comme acceptable » (Michels, 2011).

Verre standard d'alcool : La quantité unitaire standard ou le verre standard d'alcool contient toujours la même quantité d'alcool, quelle que soit la taille du verre et quel que soit le type d'alcool. En Europe, le verre standard contient en moyenne 10 grammes d'alcool, soit environ 12,7 ml d'alcool pur. Ceci correspond à un verre de 250 ml de bière à 5% d'alcool, un verre de 100 ml de vin à 12% d'alcool, un verre de 40 ml de liqueur (par exemple du genièvre) à 25% d'alcool, un verre de 30 ml de spiritueux (par exemple du cognac) à 40% d'alcool. Certaines boissons sont disponibles en quantité qui diffère du verre standard, par exemple les cannettes de bière de 33 cl et les bières régionales à taux d'alcool plus élevé (jusqu'à 2,5 fois plus) et dans un verre standard plus grand. Les verres servis dans l'environnement privé contiennent en général plus d'alcool que le verre standard. Ainsi, un verre standard de vin contient 100 ml, alors qu'on sert souvent des verres de vin contenant 130 ml en moyenne (d'après Michels, 2011).

Dépendance à l'alcool ou alcoolodépendance (« alcohol dependence ») : selon la CIM-10 : « un ensemble de symptômes psychologiques, comportementaux et cognitifs, où la consommation d'alcool est prépondérante et prioritaire par rapport à d'autres comportements jusqu'alors prédominants chez un individu donné » (Classification internationale des maladies, dixième révision (CIM, 1992). Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition, révision textuelle (DSM-IV-TR), on parle de dépendance devant « un mode d'utilisation inapproprié d'une substance entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif. Elle se manifeste par l'apparition d'au moins trois des signes ci-après sur une période d'un an » (Michels, 2011) (voir également le cadre 4).

#### *Cadre 4. Critères pour la dépendance*

Les critères de la dépendance sont les suivants :

- Tolérance :

- besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
- effet nettement diminué en cas d'usage prolongé de la même quantité de substance.

- Sevrage :

- syndrome de sevrage propre à la substance consommée ;
- prise de la même substance pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

- La substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé.

- Impossibilité d'arrêter ou réduire la consommation.

- Temps considérable consacré aux activités liées à la consommation.

- D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisir sont abandonnées ou réduites en raison de la consommation de la substance.

- Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre.

(Mobius, 2009)

Interventions brèves (brief interventions) : groupe hétérogène d'interventions qui varient quant aux objectifs, au groupe cible, à la durée, à la structure et à l'intensité. Ce guide de bonne pratique fait une distinction entre

le « conseil minimal » et l'« intervention brève ». Conseil minimal (*brief advice* ou *simple brief intervention*, intervention brève simple) : bref entretien consultatif structuré ne durant pas plus de quelques minutes et souvent pratiqué par les professionnels de première ligne, y compris par les médecins généralistes. Intervention brève (*extended brief intervention*, intervention brève élaborée) : associe des techniques d'entretien calquées sur l'entretien motivationnel, des conseils et souvent aussi un feedback sur la condition physique du patient. L'intervention brève prend 20 à 30 minutes et aborde différents points. Cette technique est réservée aux intervenants ayant suffisamment d'expérience à cet égard ou qui se sont formés à l'approche motivationnelle (d'après Michels, 2011).

Entretien motivationnel : technique d'entretien visant à expliciter la motivation et à la renforcer pour obtenir un changement de comportement. C'est une manière d'amener les patients à reconnaître leurs (éventuels) problèmes et la manière dont ils les abordent. L'entretien motivationnel est considéré comme utile particulièrement chez les personnes ambivalentes et chez celles qui ne sont pas disposées à changer de comportement. Ses auteurs sont Miller et Rollnick (1991 et 2002). Il est important de faire la distinction entre 1) l'entretien motivationnel en tant que type d'entretien et 2) les interventions protocolées qui se fondent sur ce type d'entretien tout en puisant également dans les thérapies cognitivo-comportementales ou dans la psychopédagogie. Ces interventions visent à donner un feedback, présenter des options comportementales réelles, donner un avis neutre et renforcer la responsabilité du client et l'auto-efficacité (sentiment d'être capable d'atteindre les objectifs que l'on s'est fixés) (d'après GGZ (*geestelijke gezondheidszorg*, santé mentale), 2009).

Thérapie multisystémique (TMS) : méthode thérapeutique intensive, en ambulatoire, ciblant les jeunes ayant un comportement antisocial prononcé. La thérapie multisystémique aborde tous les facteurs de risque associés à ce comportement problématique. Les interventions appliquées en thérapie multisystémique sont orientées principalement vers les parents et les autres figures-clés de l'environnement du jeune, mais, le plus souvent, le travail vise également à déployer les capacités du jeune lui-même, son fonctionnement à l'école et ses rapports avec les jeunes de son âge ayant une attitude prosociale (Banque de données de l'Institut pour la jeunesse des Pays-Bas). Adopter une attitude prosociale consiste à avoir un comportement de soutien sans en retirer d'avantages (Voir aussi : Henggeler et coll. 1992).

Thérapie familiale fonctionnelle (TFF) : intervention psychologique destinée aux jeunes ayant des problèmes comportementaux (parmi lesquels le comportement criminel) et leur famille. La thérapie familiale fonctionnelle entend améliorer le fonctionnement du jeune et de sa famille et réduire le risque de répétition du comportement criminel (Banque de données de l'Institut pour la jeunesse des Pays-Bas) (Voir aussi : <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/22/600.html> Gordon et coll., 1995).

Thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT) : thérapie systémique complétée par l'ingérence attentionnée (offre d'aide (non sollicitée) à des personnes qui ne se font pas soigner (mais dont la situation est préoccupante) et qui présentent (souvent) une problématique complexe (Doedens, 2004)). La thérapie familiale multidimensionnelle est destinée aux jeunes entre 12 et 18 ans qui consomment de la drogue et/ou de l'alcool en quantité excessive et qui, en outre, présentent souvent des troubles comportementaux ou psychiques. Ils sont en échec ou risquent d'être en échec dans plusieurs domaines. La thérapie familiale multidimensionnelle vise tout à la fois le jeune, sa famille et son environnement social au sens large. Elle a pour objectif la réalisation d'un mode de vie sans dépendance et sans comportement délictuel ou problématique et la diminution du risque de récidive (pénale) (Banque de données de l'Institut pour la jeunesse des Pays-Bas).

Thérapie familiale stratégique brève (BSFT, pour *Brief Strategic Family Therapy*) : intervention psychologique systémique influencée par d'autres approches comme la thérapie familiale structurale. Les éléments essentiels de cette intervention sont l'implication de la famille, le soutien de la famille, l'identification des interactions

familiales inadaptées et la recherche d'interactions familiales plus adaptées (NICE, 2011) (voir aussi : Szapocznik et coll., 1989).

Urgence médicale : situation survenant brutalement ou progressant rapidement et nécessitant rapidement une intervention médicale. Par exemple la survenue de symptômes de sevrage graves en lien avec l'abus d'alcool chez les jeunes.

Les symptômes de sevrage se manifestent en général chez les personnes tolérantes à l'alcool ou qui ont une dépendance physique à l'alcool lorsqu'elles diminuent leur consommation d'alcool après en avoir bu beaucoup pendant longtemps. Les symptômes de sevrage sont dus à une hyperactivité autonome. Ils surviennent quelques heures après l'arrêt ou la diminution de la consommation d'alcool, et leur pic se situe 24 à 36 heures après l'arrêt. Parmi les symptômes et troubles légers du syndrome de sevrage alcoolique, citons les rêves agités et la somnolence. Les symptômes modérément graves du syndrome de sevrage alcoolique sont la transpiration, les nausées, les vomissements, la photophobie, les tremblements, l'accélération des battements cardiaques et l'augmentation de la tension artérielle. D'autres symptômes sont possibles, comme l'anxiété, l'agitation et les céphalées. Les symptômes graves du syndrome de sevrage alcoolique sont les hallucinations tactiles et visuelles, les crises convulsives et le délire avec confusion et désorientation. Le traitement des patients en sevrage présentant des symptômes modérés ou graves a pour but de diminuer l'irritabilité du système nerveux central et de restaurer l'équilibre physiologique (d'après NICE, 2010a). Les symptômes de sevrage sont toutefois rares chez les jeunes. Pour être complet, ce guide de bonne pratique mentionne toutefois les interventions thérapeutiques éventuelles, dans la mesure où elles sont étayées scientifiquement.

Delirium tremens (DT) : syndrome rencontré chez 5% des personnes (donc tant les adultes que les jeunes) qui suivent une cure de désintoxication de l'alcool. Les symptômes débutent environ 48 à 72 heures après le dernier verre d'alcool. Ils se caractérisent par un tremblement important, de l'agitation, de la fièvre, de la tachycardie, des illusions visuelles et des hallucinations. Des convulsions peuvent précéder le syndrome, mais elles n'en font pas partie à proprement parler. De l'hyperpyrexie, de l'acidocétose et une insuffisance cardiaque peuvent survenir (d'après NICE, 2010a).

#### Droit des jeunes dans les cadres légaux

Du point de vue juridique, les jeunes sont sous l'autorité de leurs parents, et les parents devraient pouvoir décider pour leur enfant. En vertu de deux règles législatives, le jeune peut exercer lui-même certains droits si l'intervenant est d'avis qu'il en a la capacité. La capacité suppose que le jeune soit suffisamment capable d'estimer quel est son intérêt et quelles sont les conséquences de ses décisions ou de ses actes. La règle législative en vigueur dépend de la catégorie professionnelle et du secteur dans lequel l'intervenant est actif.

La loi relative aux droits du patient concerne tous les professionnels des soins de santé. Cette loi stipule entre autres que les jeunes doivent être écoutés et impliqués dans les prises de décisions. Pour les très jeunes enfants, la voix ayant le plus de poids est celle du parent. En fonction de facteurs tels que l'âge et la phase de développement de l'enfant, la voix du jeune prendra de plus en plus de poids jusqu'à ce qu'il soit tout à fait indépendant. À cet égard, l'intervenant doit faire entrer en ligne de compte le caractère invasif de la décision. Cette loi ne prévoit pas un âge déterminé à partir duquel les mineurs sont tenus pour capables (Loi relative aux droits du patient, 2007).

Le décret relatif au statut du mineur dans l'aide intégrale à la jeunesse (valable uniquement en Flandre) décrit les droits du jeune dans les différents secteurs de l'aide intégrale à la jeunesse. Il s'agit de l'aide sociale générale (*Algemeen welzijnswerk*), des centres d'encadrement des élèves (CLB, *Centrum voor Leerlingenbegeleiding*), de la santé mentale, des soins aux personnes avec un handicap, de Kind en Gezin, de la Bijzondere Jeugdbijstand, des Centra voor Integrale Gezinszorg. Ce décret présuppose que les jeunes peuvent

eux-mêmes prendre des décisions à partir du moment où ils disposent d'une « capacité de discernement suffisante », et l'on suppose en général que c'est le cas à partir de l'âge de douze ans. (Banque de données Droit de la jeunesse : 2006-03)

Pour la mise en application de ces lois, il est important que les intervenants tâchent de motiver les jeunes à prendre les décisions importantes avec leurs parents. Si le jeune ne le veut vraiment pas, c'est lui qui a le dernier mot – tout au moins à partir d'un certain âge ou degré de maturité.

Les intervenants ont tenus au **secret professionnel**. Le secret professionnel est également requis pour ce qui concerne les mineurs d'âge, même vis-à-vis des parents. Les intervenants ne peuvent donc pas donner aux parents d'un jeune n'importe quelle information le concernant ; il vaut mieux avoir l'accord du jeune. Mais c'est toutefois possible dans certaines circonstances, notamment lorsque l'enfant ne jouit pas du discernement suffisant, lorsque des décisions vraiment importantes doivent être prises, par exemple à propos d'un traitement médical important, ou lorsqu'il est de l'intérêt de l'enfant de déroger au secret professionnel. Ceci n'est possible que pour autant que le jeune ne s'y oppose pas expressément ou si l'on peut déduire de sa conduite qu'il a donné son consentement tacite. À cet égard, il est important que l'intervenant stimule d'abord le jeune à communiquer lui-même à son entourage les informations en question.

Le secret professionnel peut être rompu dans les cas où le silence de l'intervenant pourrait représenter un danger grave ou imminent pour le jeune ou pour d'autres personnes. Communiquer un minimum de données aux parents est en général accepté à condition que le jeune n'y voie pas d'inconvénient.

Le secret professionnel au sens strict n'existe pas pour les enseignants ni pour les enseignants de confiance. Le secret professionnel auquel ils sont soumis est un devoir de discrétion, et ils doivent faire preuve de prudence lorsqu'ils communiquent des informations. En revanche, pour les professionnels des centres PMS, il existe bien un secret professionnel au sens strict. Lorsque l'on envisage de partager des informations, il est important de vérifier si les interlocuteurs sont ou non tenus au secret professionnel. L'intervenant doit d'abord clarifier ce point avant de communiquer des informations. La transparence vis-à-vis du jeune a également son importance (Banque de données Droit de la jeunesse : 2006-06 et 2011-09/10).

## Abréviations

ALAT	Alanine-aminotransférase, enzyme que l'on retrouve notamment au niveau du foie
ASAT	Aspartate-aminotransférase, enzyme que l'on retrouve notamment au niveau du foie
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test (test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool)
BSFT	Brief Strategic Family Therapy (thérapie familiale stratégique brève)
CDT	Carbohydrate Deficient Transferrin : transferrine pauvre en acide sialique, protéine présente dans l'organisme après une consommation excessive d'alcool
CGG	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (centre de santé mentale)
CGT	Cognitive Behavioural Therapy (thérapie comportementale cognitive)
CIWA-Ar	Clinical Institute of Withdrawal Assessment for Alcohol scale (échelle d'évaluation de l'Institut clinique sur le sevrage de l'alcool)
CLB	Centrum voor leerlingenbegeleiding (centre d'encadrement des élèves)
CPAS	Centre public d'aide sociale
CRAFFT	Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble (voiture, détente, solitaire, oubli, amis, problèmes). Outil de dépistage
DT	Delirium Tremens
TFF	Thérapie familiale fonctionnelle
Gamma GT	gamma-glutamyl transpeptidase, enzyme que l'on retrouve notamment au niveau du foie
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
iDA	Informatie over drugs en alcohol : Informations sur l'alcoolisme et la toxicomanie
JAC	Jongeren Advies Centrum (Centre de Conseil de la Jeunesse)
LOGO	Lokaal Gezondheidsoverleg (Concertation locale sur la santé)
MCV	Mean Corpuscular Volume, volume corpusculaire moyen des globules rouges (érythrocytes) dans le sang
MDFT	Multidimensional Family Therapy (thérapie familiale multidimensionnelle)
NIAAA	National Institute On Alcohol Abuse and Alcoholism (États-Unis)
ODD	Oppositional Defiant Disorder (trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention)
PTSD	post traumatic stress disorder (état de stress post-traumatique)
SEM-j	Individueel Screeningsinstrument Ervaringen met Middelengebruik – jongeren (outil de dépistage individuel des expériences en matière de consommation de substances – pour les jeunes)
SSMG	Société Scientifique de Médecine Générale
T-ASI	Teen Addiction Severity Index
TMS	Thérapie multisystémique
VAD	Vereniging voor Alcohol en andere Drugs (Association flamande pour les problèmes d'alcool et autres drogues)

## 1.2 Dépistage

Pour une lecture aisée, le présent guide de bonne pratique adopte les règles linguistiques suivantes :  
Le masculin l'emporte sur le féminin et désigne des personnes des deux sexes.  
Par « parents », on entend les parents et/ou soignants du jeune et/ou les responsables de son éducation.  
Par « membres de la famille », on entend les parents et les frères et sœurs ainsi que les autres personnes qui remplissent ces rôles.

### Quels signes d'appel doivent orienter vers un dépistage ciblé pour détecter un abus d'alcool (à risque) ?

#### Recommandation 1

En présence d'un ou de plusieurs des signes suivants, questionner le jeune sur sa consommation d'alcool :

- problèmes psychiques ou sociaux allant de pair avec des troubles du sommeil ;
- présence d'une odeur d'alcool ou d'odeurs fortes pour masquer celle-ci ;
- utilisation et requête fréquente de tranquillisants et hypnotiques ;
- plaintes de fatigue, malaises, tremblements, palpitations ou transpiration excessive, symptômes gastro-intestinaux, tels que reflux et diarrhée ;
- consultations fréquentes ou fréquentation courante des services d'urgence d'un hôpital.

(GRADE 1C)

#### Argumentaire

Le plus souvent, le jeune ne parle pas de la consommation excessive d'alcool comme d'un problème. Parfois, l'intervenant détecte la consommation d'alcool par la présence de signes directs, tels qu'une haleine à l'odeur d'alcool (éventuellement masquée par une odeur de menthe ou de l'after shave), une intoxication alcoolique ou les renseignements fournis par des tiers concernant une consommation excessive d'alcool.

D'autres signes indirects peuvent renforcer la suspicion d'une consommation problématique d'alcool. Par exemple des consultations multiples avec tableau clinique variable et peu précis, des accidents fréquents, des fractures fréquentes, la goutte, des problèmes sexuels, des angiomes stellaires, un faciès érythémateux et œdémateux, des trous de mémoire ou une augmentation des résultats de laboratoire, notamment des gamma-GT et de l'ALAT.

Cependant, aucun de ces signes n'est suffisamment spécifique pour permettre de poser le diagnostic d'abus d'alcool ou de dépendance à l'alcool. Tout au plus, l'intervenant peut-il suspecter une consommation excessive d'alcool (ou être renforcé dans sa suspicion).

Une autre possibilité en cas de troubles non élucidés chez le jeune est de faire une anamnèse du mode de vie en posant des questions visant à détecter des problèmes à l'école et dans les loisirs, à cerner ses réactions à la maladie et au stress, à savoir s'il fait de l'exercice physique et s'il fume et à connaître ses habitudes alimentaires et sa consommation d'alcool et d'autres stimulants ou stupéfiants. Les questions sur la consommation d'alcool font partie de l'anamnèse du mode de vie.

*Panel* : Pour les jeunes, d'autres signes peuvent aussi être importants, comme le comportement des jeunes dans le contexte familial ainsi qu'à l'école et les prestations scolaires.

Ces signes peuvent également provenir de la famille car il n'y a pas lieu de dissocier l'abus d'alcool du contexte familial. Toutefois ces signes ne sont pas toujours manifestes lors d'un contact unique avec un intervenant.

*Acteurs* : Une partie des jeunes ont indiqué qu'ils ne répondraient pas aux questions portant sur leur consommation d'alcool si elles ne sont pas clairement en rapport avec la demande d'aide.

### *Confirmation d'une suspicion et prise de conscience*

En cas de suspicion d'une consommation problématique d'alcool, l'intervenant en parle avec le jeune. Autant qu'il est possible, l'intervenant part de la plainte du jeune et la met en rapport avec la consommation d'alcool, par exemple par le biais des questions suivantes :

- Chez les personnes qui se plaignent de la même chose que toi, le problème peut parfois être dû à la consommation d'alcool. T'arrive-t-il de boire de l'alcool ?
- As-tu déjà pensé que ton problème pourrait avoir un rapport avec le fait de boire de l'alcool ?

En fonction de la réponse du jeune, l'intervenant peut avoir recours au questionnaire AUDIT, tout en évitant une attitude normative.

**Quels sont les outils de dépistage fiables et valides pour détecter un abus d'alcool ? Dans quel contexte le dépistage doit-il avoir lieu ?**

### **Recommandation 2**

Chez les jeunes âgés de 16 et 17 ans chez qui l'on suspecte un abus d'alcool, procéder au dépistage au moyen du questionnaire AUDIT. Si le temps est compté, opter pour un instrument abrégé comme le questionnaire CRAFFT.

GRADE 1B (pour le choix du questionnaire AUDIT)

#### Argumentaire :

##### *Outils de dépistage*

Le « **test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool** » (**AUDIT**, pour *Alcohol Use Disorders Identification Test*) est un questionnaire visant à déterminer la fréquence de la consommation d'alcool et les quantités consommées. Il peut également être utilisé pour aborder les problèmes liés à l'alcool et les signes d'une éventuelle dépendance. Cette liste comporte dix questions, et, pour chaque question, il y a cinq possibilités de réponse, les scores allant de 0 à 4. La somme des dix items reflète le risque de consommation occasionnelle mais excessive d'alcool (*hazardous drinking*) ou de consommation excessive et prolongée d'alcool (*harmful drinking*). Chez les jeunes jusqu'à l'âge de 16 ans, le dépistage est positif lorsque le score total est supérieur à 4 points (NICE, 2011). Il est alors indiqué d'orienter le jeune ou d'effectuer une évaluation plus approfondie (voir les recommandations 4 à 7).

Le questionnaire **CRAFFT (Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble)** est un outil destiné à détecter l'abus d'alcool et de drogues parmi les jeunes. Il se compose de six questions. Chaque question à laquelle le jeune répond par l'affirmative donne 1 point. Un résultat final de 2 ou plus indique un risque accru de problèmes dus à l'abus d'alcool ou de drogues.

Le panel est d'avis que deux autres questionnaires sont pertinents :

1. Les intervenants des centres PMS, de l'aide spéciale à la jeunesse et du Centre de Conseil de la Jeunesse (JAC) peuvent utiliser le **SEM-j (outil de dépistage individuel des expériences en matière de consommation de substances – pour les jeunes)** dans le cadre de l'accompagnement individuel d'un jeune. Cet outil permet d'évaluer le niveau de gravité de la consommation de substances chez un jeune ainsi que la nécessité d'assurer un suivi par un accompagnement spécifique aux consommateurs d'alcool et de drogues. L'utilisation du SEM-j présuppose une formation spécifique de l'intervenant, et l'intervenant doit aussi disposer de suffisamment de temps.

2. Le NIAAA utilise un dépistage spécifique pour les jeunes et comprend deux questions.



Pour les jeunes jusqu'à l'âge de 14 ans :

- As-tu des amis qui ont bu de l'alcool au cours des douze derniers mois ?
- Depuis un an, combien de jours as-tu bu plus que quelques gorgées d'alcool ?

Chez les jeunes jusqu'à 14 ans, le risque est accru s'ils ont des amis qui boivent ou si eux-mêmes ont bu.

Pour les jeunes entre 15 et 18 ans

- Depuis un an, combien de jours as-tu bu ?
- Quelle quantité tes amis consomment-ils généralement au cours d'une même occasion ?

Chez les jeunes entre 15 et 18 ans, le risque est accru si eux-mêmes boivent. Le risque est fonction de l'âge et de la quantité consommée ; ce risque est également plus important chez les jeunes ayant des amis qui consomment épisodiquement de grandes quantités d'alcool.

#### *Raison d'effectuer un dépistage*

Le dépistage est indiqué chez les jeunes présentant un risque accru d'abus d'alcool. Parmi les jeunes concernés, citons :

- les accidentés et les blessés ;
- ceux qui se rendent régulièrement dans un service de gynécologie ou d'urologie d'un hôpital et ceux qui demandent une contraception d'urgence de manière répétitive ;
- ceux qui sont impliqués dans un comportement criminel ou un autre comportement antisocial ;
- ceux qui sèchent souvent les cours ;
- ceux qui courent le risque de se mutiler ou de se blesser ;
- ceux qui vivent en habitation protégée ou sont concernés par la protection infantile ;
- d'autres enfants vulnérables, comme ceux dont les membres de la famille abusent de substances, ceux qui présentent des problèmes de comportement ou des problèmes mentaux ou sociaux, ceux qui sont sans abri, ceux qui travaillent dans la prostitution et certains groupes ethniques minoritaires. (Recom. 3)

Lors de l'entretien et du dépistage, adapter la conversation en fonction de l'âge du jeune et de ses capacités à comprendre de quoi il s'agit, et en fonction de sa maturité émotionnelle, de sa culture, de sa religion et de ses convictions. Tenir compte également de ses besoins (médicaux et sociaux).

Évaluer systématiquement la capacité du jeune à accepter les interventions en rapport avec la consommation d'alcool ainsi que le traitement. En cas de doute, le stimuler à impliquer ses parents.

*Panel* : En cas de dépistage positif chez le jeune, il convient de déterminer la gravité de la consommation d'alcool (Recom. 4 à 7)

*Acteurs* : La majorité des jeunes seraient prêts à répondre par écrit à un questionnaire portant sur leur consommation d'alcool. Tous les jeunes interrogés ayant un contact avec l'assistance sociale seraient prêts à participer.

## **1.3 Evaluation**

### **Quels sont les examens techniques à effectuer ?**

#### **Recommandation 3**

a. Les analyses de laboratoire sur les gamma-GT, le volume corpusculaire moyen, l'ALAT ou la CDT, qu'elles soient indépendantes ou associées, ne sont pas indiquées en première ligne pour la détection d'une consommation excessive d'alcool.

(GRADE 1B)

b. Cependant, si les résultats des analyses de laboratoire s'écartent de la normale, ils peuvent être utilisés pour suivre les effets de la consommation d'alcool au cours du temps.

(GRADE 2C)

#### Argumentaire

Le diagnostic de laboratoire entre en ligne de compte lorsque le médecin suspecte une consommation excessive d'alcool, par exemple devant la présence des signes mentionnés dans la Recommandation 1 ; il en discute ensuite avec le jeune et utilise le questionnaire pour confirmation. Ensuite, les analyses de laboratoire sont effectuées pour déterminer les valeurs initiales et, si c'est souhaité, pour suivre la consommation d'alcool après une intervention.

En cas de consommation aiguë d'alcool, on peut effectuer un test de l'haleine ou une prise de sang (taux d'éthanol dans le sang). En cas de consommation chronique d'alcool, on peut envisager une analyse des gamma-GT, de la CDT, et, dans une moindre mesure, de l'ALAT, de l'ASAT et du volume corpusculaire moyen. A cet égard, il est important, pour l'interprétation des résultats de ces tests, de toujours demander l'avis d'un expert chimiste clinicien.

*Panel* : L'utilisation des résultats des analyses de laboratoire s'écartant de la normale pour suivre les effets de la consommation d'alcool n'a de sens que si le travailleur de la santé estime pouvoir établir avec le jeune une relation de soin de longue durée. L'utilisation de ces valeurs peut être motivante si les résultats du traitement sont positifs. Ces valeurs peuvent également être un obstacle parce que, pour le jeune en rechute, il sera plus difficile de retourner voir l'intervenant. Le coût élevé et le risque de médicalisation de leur problématique constituent des désavantages potentiels.

#### **Recommandation 4**

Nous conseillons de mesurer le taux d'alcool dans le sang ou dans l'haleine chez tout patient visitant le service des urgences pour un traumatisme.

(GRADE 2C)

#### Argumentaire

Les mesures directes du taux d'alcool dans l'haleine ou dans le sang peuvent être des marqueurs utiles d'une consommation récente et servir pour évaluer le degré d'intoxication.

*Panel* : Cette recommandation ne concerne que les services d'urgence des hôpitaux. Il serait souhaitable que cette stratégie s'applique dans toutes les situations d'urgence (y compris en première ligne, c'est-à-dire aussi par exemple dans les postes de garde des médecins généralistes) parce que la consommation d'alcool joue souvent un rôle chez les jeunes patients ayant subi un traumatisme et visitant le service des urgences. Toutefois, cela n'est actuellement pas réaliste en raison de la lenteur de l'organisation. En effet, les laboratoires pour les prises de sang sont le plus souvent externes, les résultats n'étant donc pas disponibles immédiatement. En outre, on ne trouve pas beaucoup d'éthylotests dans les commerces, et ils sont chers.

Acteurs : En général, les jeunes se soumettent sans problème à une analyse sanguine visant à déterminer leur alcoolémie. Ils pourraient refuser, mais c'est alors plutôt par crainte de conséquences négatives (par exemple des problèmes avec une assurance). Parmi les jeunes ayant un contact avec l'assistance sociale, la moitié participerait, l'autre moitié pas. La crainte d'effets négatifs a joué un rôle, aussi chez ces jeunes.

<b>Comment les intervenants peuvent-ils évaluer la probabilité du diagnostic et la gravité de l'abus d'alcool ? Existe-t-il des outils fiables et valides ?</b>
---

### **Recommandation 5**

Si l'abus d'alcool par les jeunes de 12 à 17 ans est identifié comme un problème potentiel pouvant avoir des conséquences physiques, psychologiques et sociales, il convient de se renseigner sur les éléments suivants :

- la durée et la gravité de l'abus d'alcool, au moyen du questionnaire AUDIT ;
- les éventuels problèmes médicaux et sociaux associés ;
- la nécessité éventuelle d'une désintoxication avec accompagnement assuré par des professionnels.

(GRADE 1C)

#### Argumentaire

Bien que l'identification d'un problème d'alcool soit une part importante de l'évaluation, il ne faudrait pas se concentrer uniquement sur le diagnostic mais également sur la performance physique, psychique et sociale. Le contenu et la profondeur de l'évaluation dépendront du lieu où elle est réalisée et de son but, mais, dans tous les cas, l'identification de la nécessité pour le jeune de recevoir un traitement et des soins doit rester au centre des préoccupations, de même que les résultats escomptés du traitement et des soins, par exemple l'orientation du jeune vers un service spécialisé ou la présentation des options thérapeutiques.

Tous les intervenants doivent être formés à identifier les jeunes qui consomment de l'alcool de manière excessive et à effectuer des interventions brèves. Cette formation doit être suffisamment accessible.

*Acteurs* : La plupart des jeunes ayant un contact avec l'assistance sociale seraient prêts à participer.

### **Recommandation 6**

L'évaluation détaillée concernant le jeune devrait aborder plusieurs domaines. Structurée autour d'un entretien clinique s'appuyant sur un outil clinique validé (comme le T-ASI), elle cherche à rassembler des informations sur les points suivants :

- la consommation d'alcool (mode de consommation, signes de dépendance) et les problèmes liés ;
- l'association à un autre abus de substances (signes de consommation et de dépendance) et les problèmes liés ;
- les problèmes médicaux psychiques et physiques ;
- les relations avec les pairs ; le fonctionnement social et familial ;
- les besoins du jeune en matière de développement et d'apprentissage, son niveau de formation, sa présence à l'école ;
- les antécédents d'abus ou de traumatisme ;
- les risques pour lui-même et pour autrui ;
- la disposition au changement et la confiance en ses capacités de changement ;
- l'obtention du consentement au traitement ;
- l'élaboration d'un plan avec objectifs thérapeutiques et gestion des risques.

(GRADE 1C)

### Argumentaire

*Directive source* : L'évaluation doit se dérouler dans le contexte d'une évaluation complète et détaillée de la santé mentale, du niveau de formation et des besoins sociaux des jeunes. Utilisez des mesures spécifiques pour évaluer la nature de l'abus d'alcool et son ampleur ainsi que les problèmes liés.

### *Implication d'autres sources d'information*

Il peut être utile d'interroger les parents ou les enseignants pour pouvoir se faire une idée détaillée de l'histoire de la consommation, du niveau de consommation et de la véracité de ces informations. Les parents peuvent en outre jouer un rôle comme conseillers et participants à l'évaluation ainsi que dans l'élaboration des plans de traitement futurs.

La consommation ou la dépendance se manifeste différemment chez les jeunes et chez les adultes. Chez les jeunes, on rencontre plus fréquemment la consommation épisodique de grandes quantités d'alcool allant souvent de pair avec un abus de drogues. Il est par conséquent important de se faire une idée précise de la consommation d'alcool et de l'association éventuelle avec un abus de drogues. Il est également important de souligner que les jeunes présentent moins souvent des symptômes de sevrage et que leur tolérance est moindre. Ces deux facteurs peuvent contribuer au fait que le jeune continue à boire, principalement de grandes quantités d'alcool de manière épisodique. Ce comportement peut avoir de graves implications pour la santé tant physique que mentale –, sans que n'apparaissent les signaux d'alarme que constituent les symptômes de sevrage.

Dans les antécédents des jeunes qui font une consommation abusive d'alcool, on rencontre plus fréquemment de la maltraitance physique (6 à 12 fois plus) est des abus sexuels (Clark et coll., 1997a). Comme la maltraitance physique et l'abus sexuel peuvent jouer un rôle important dans le développement de l'abus d'alcool, il est important, lors de l'anamnèse, de rechercher de tels antécédents. Des antécédents de traumatisme sont vraisemblablement liés à une comorbidité éventuelle, par exemple la présence d'un état de stress post-traumatique (PTSD, post traumatic stress disorder) (Clark et al, 2003). En outre, cela peut entraîner une moins bonne réponse au traitement et nécessiter des interventions plus complexes.

*Panel* : L'outil à recommander comme standard devrait être le T-ASI. L'administration du T-ASI présuppose une formation spécifique de l'intervenant, et l'intervenant doit aussi disposer de suffisamment de temps.

*Acteurs* : Les intervenants ont signalé ne recourir que peu à d'autres sources d'informations. Pourtant, ils estiment qu'il est précieux d'impliquer d'autres sources d'informations comme les parents, mais cela ne se fait pas systématiquement.

### **Recommandation 7**

Adresser tous les jeunes âgés de 12 à 15 ans à un service spécialisé en médecine de la jeunesse pour une évaluation approfondie de leurs besoins, lorsque l'abus d'alcool est associé à des problèmes physiques, psychiques, éducatifs ou sociaux ou à un abus de drogues.  
(consensus)

### Argumentaire

*Panel* : Pour l'orientation vers un service spécialisé, il peut être utile de se reporter au site Web de l'iDA (information sur les Drogues et l'Alcool), qui donne une vue d'ensemble de l'assistance sociale relative à l'alcool et aux drogues en Wallonie et en Flandre.

Flandre : <http://www.ida-nl.be/> à la page « doorverwijsgids » (guide pour l'orientation vers un service spécialisé)

Wallonie : <http://www.ida-fr.be/accueil> à la page « je cherche une institution »

*Acteurs* : La plupart des jeunes seraient d'accord de passer une évaluation approfondie de leur problème d'alcool dans un service spécialisé.

### **Recommandation 8**

Envisager une orientation vers un service spécialisé dans les cas suivants :

- si le jeune présente des signes de dépendance modérée ou sévère à l'alcool ;
- si le jeune n'a pas tiré profit du conseil minimal ou des interventions brèves, mais qu'il souhaite continuer à être aidé pour son problème d'alcool ;
- si le jeune présente des troubles ou comorbidités graves en relation avec l'alcool (par exemple une maladie du foie ou des problèmes de santé mentale liés à l'alcool).

(consensus)

### Argumentaire

La plupart des jeunes dépendants de l'alcool souffrent de comorbidité psychiatrique. Dans un groupe de jeunes dépendants de l'alcool, 83% avaient des troubles du comportement, et 50% souffraient de dépression. 29% présentaient un trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, 20% un trouble oppositionnel avec provocation, et 15% un état de stress post-traumatique (Clark et coll., 1997b). En outre, 76% des filles et 83% des garçons étaient également dépendants d'une autre substance, le plus souvent du cannabis (Perepletchokova et coll. 2008).

*Panel* : L'orientation vers un service spécialisé devrait également être envisagée pour d'autres groupes de jeunes. La gravité des problèmes est un élément déterminant à cet égard. Parmi les problèmes de santé mentale liés à l'alcool chez les jeunes, citons la dépression, l'anxiété et les troubles de l'apprentissage. L'intervenant tient également compte de l'encadrement social et adresse plus facilement à un spécialiste les personnes ayant des problèmes moins graves mais peu soutenues socialement que celles ayant des problèmes plus graves mais qui peuvent compter sur un meilleur soutien. L'intervenant pèse le pour et le contre des facteurs de risque et des facteurs de protection.

<b>Quand faut-il référer le jeune avec un abus d'alcool aux structures de la seconde ligne?</b>
---

### **Recommandation 9**

Nous conseillons d'hospitaliser les jeunes de moins de 16 ans en phase aiguë de sevrage alcoolique pour une évaluation physique et psychosociale ainsi que pour un accompagnement médical lors du sevrage.

(consensus)

### **Recommandation 10**

Nous conseillons d'envisager l'hospitalisation des jeunes de 16 et 17 ans pour une prise en charge médicale de la phase aiguë du sevrage. Ceci vaut également pour les jeunes vulnérables, par exemple ceux qui présentent des troubles cognitifs et ceux qui souffrent de comorbidités multiples, ceux qui ne jouissent pas d'un soutien social et ceux qui ont des difficultés d'apprentissage.

(consensus)

### Argumentaire

La décision de la nécessité d'hospitaliser un jeune pour sevrage d'alcool est déterminée par la gravité du syndrome et la présence d'une comorbidité ainsi que par la demande d'aide. L'évaluation de la gravité du syndrome de sevrage d'alcool peut être effectuée par des intervenants expérimentés. Il existe également des systèmes d'évaluation validés qui ont été élaborés pour évaluer le sevrage d'alcool. Le plus connu d'entre eux est l'échelle CIWA-Ar (Clinical Institute of Withdrawal Assessment for Alcohol scale- voir annexe) (Sullivan et coll., 1989). Il est disponible à :

[http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuringinstruments/meetinstrumenten\\_33pdf.pdf](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuringinstruments/meetinstrumenten_33pdf.pdf) (en néerlandais)

### **Recommandation 11**

L'hospitalisation du jeune est indiquée dans les cas suivants :

- intoxication aiguë sévère;
- delirium tremens ;
- crises convulsives dues au sevrage.

Chez les jeunes, l'association à d'autres substances psychotropes joue également un rôle.

L'hospitalisation est certainement recommandée s'il n'y a personne dans l'entourage direct du patient pour prendre contact en cas d'aggravation du tableau clinique ou si la surveillance est insuffisante.

(consensus)

### Argumentaire

Le panel est d'accord avec les critères de renvoi vers un établissement de désintoxication qui ont été fixés dans les guidelines australiens pour le traitement des problèmes liés à l'alcool (Haber et coll., 2009). Selon ces critères, la désintoxication en institution est indiquée dans les cas suivants : symptômes de sevrage attendus modérés à sévères, antécédents de complications graves lors du sevrage, sevrage de plusieurs substances, insécurité de l'environnement, absence de soutien social, plusieurs tentatives antérieures infructueuses de désintoxication en ambulatoire et présence de comorbidité médicale ou psychiatrique grave.

## **1.4 Traitement**

### **Quelles sont les interventions efficaces pour offrir un soutien à la famille du jeune avec un abus d'alcool ?**

Pour un traitement multicomposantes dans lequel la famille est impliquée, se reporter à la recommandation 21.

*Acteurs* : Tous les parents interrogés apprécieraient d'être impliqués dans le traitement de leur enfant. Ils apprécient aussi être questionnés par les intervenants à propos de l'impact de l'abus sur eux-mêmes et l'assistance et les conseils. La majorité des jeunes n'apprécieraient pas que leur famille soit impliquée. Les intervenants doivent avoir conscience de ce décalage. Cependant, la plupart des jeunes interrogés ayant un contact avec l'assistance sociale se déclarent d'accord que les membres de la famille soient impliqués dans le traitement.

### **Recommandation 12**

Encourager les membres de la famille à s'impliquer dans le traitement du jeune présentant un abus d'alcool, à soutenir les changements positifs et à persévérer.

(GRADE 1C)

### **Recommandation 13**

Discuter avec les membres de la famille des jeunes présentant un abus d'alcool de l'impact de l'abus d'alcool pour ces derniers et pour les membres de leur famille. Et :

- Donner des informations écrites et orales sur l'abus d'alcool et sur le traitement, y compris sur la manière dont les membres de la famille peuvent soutenir le jeune ;
- Offrir une évaluation aux membres de la famille ;
- Négocier avec le jeune et sa famille de l'implication de cette dernière dans le traitement et la communication des informations ;
- Veiller au respect de la vie privée des jeunes et des membres de leur famille.

(GRADE 1C)

### **Recommandation 14**

Si les besoins des membres de la famille des jeunes présentant un abus d'alcool ont été identifiés :

- Proposer une auto-assistance accompagnée, consistant le plus souvent en une séance unique et la remise de documents écrits ;
- Donner des informations sur les groupes de soutien, comme les groupes d'entraide spécialisés dans les besoins des membres des familles, et encourager à prendre contact avec eux.

(GRADE 1C)

### **Recommandation 15**

Envisager des entretiens familiaux pour les membres de la famille qui n'ont pas tiré profit ou qui probablement ne tireront pas profit de l'auto-assistance accompagnée et des groupes de soutien.

Les entretiens familiaux comporteront les éléments suivants :

- information et éducation concernant l'abus d'alcool ;
- identification des sources de stress en rapport avec l'abus d'alcool ;
- recherche et incitation des comportements d'adaptation efficaces.

GRADE 1C

### Argumentaire

En Belgique, il existe des groupes de soutien pour les membres des familles (Groupes familiaux Al-Anon :

<http://www.al-anon.be/>).

Les Groupes familiaux Al-Anon forment une fraternité de parents et d'amis d'alcooliques. Leur objectif est d'aider les familles et les amis des alcooliques. Pour ce faire, ils accueillent les familles et les amis d'alcooliques et les réconfortent ; ils font preuve de compréhension et d'encouragement vis-à-vis de l'alcoolique. Les membres se réunissent pour partager leur expérience. Les réunions permettent aux membres de retrouver des forces et de l'espoir pour la solution de leurs problèmes.

A côté de cela, certains centres de traitement des assuétudes organisent des groupes de parole pour les parents.

## Quelles sont les conditions auxquelles une démarche thérapeutique efficace doit répondre ?

### Recommandation 16

Coopérer avec les parents ou les soignants du jeune, les structures d'enseignement, les personnes de confiance des enfants, les soins de santé mentale pour enfants et adolescents et les autres spécialistes afin de :

- soutenir les jeunes ;
  - au besoin, adresser le jeune à un autre service (tel que CPAS, service des logements ou service de l'emploi), sur la base d'un plan accepté d'un commun accord. Le plan doit tenir compte des besoins du jeune et comporter des entretiens d'évaluation à intervalles réguliers.
- (consensus)

### Argumentaire

*Acteurs* : Toutes les personnes concernées peuvent soutenir le jeune dans le cadre de leur propre conception de travail. Ainsi, la contribution de l'école peut consister dans le suivi des résultats scolaires du jeune.

### Recommandation 17

L'entretien motivationnel devrait être utilisé dans le cadre de tout traitement psychosocial d'un abus d'alcool et d'une dépendance à l'alcool, quelle que soit la gravité de la dépendance.

(GRADE 1B)

### Argumentaire

Les caractéristiques essentielles de l'entretien motivationnel sont les suivantes :

- Recherche et mobilisation des valeurs intrinsèques et des objectifs du jeune pour encourager un changement de comportement, sans imposer de normes ou de valeurs, pas plus qu'un changement de comportement se fondant sur des normes ou des valeurs.
- Intervention de type directif et axée sur le client visant à rendre possible un changement de comportement en aidant les patients à explorer l'ambivalence et à trouver une solution.
- Liste des avantages et des inconvénients respectivement du statu quo et du changement, tels que le jeune en fait l'expérience, tout en entretenant et confirmant la confiance et l'optimisme face aux possibilités de changement.
- Vision de la « résistance » et du « déni » non comme des caractéristiques de la personne, mais comme un appel à adapter la stratégie de l'intervention d'aide.
- Relation avec l'intervenant idéalement basée sur la coopération. Il ne s'agit pas simplement d'un ensemble de techniques ou d'aptitudes à acquérir, mais aussi d'un style d'approche à partir d'une attitude empathique axée sur le client, qui se fonde sur le respect et qui part du principe de l'autonomie du jeune.

L'entretien motivationnel insiste sur la liberté de choix et sur la responsabilité propre du jeune en ce qui concerne la décision d'un changement de comportement et les conséquences de ce dernier. En même temps, c'est une approche directive car elle conduit à une solution de l'ambivalence.

*Panel* : Pour mener des entretiens motivationnels, les intervenants doivent avoir suivi une formation, laquelle doit être également être suffisamment accessible.



### **Recommandation 18**

Un matériel d'auto-assistance devrait être disponible à large échelle.  
(GRADE 1B)

#### Argumentaire

Le matériel d'auto-assistance se compose de livres, brochures et autres qui sont axés sur la motivation à modifier le mode de consommation et sur l'accompagnement dans ce processus de changement du mode de consommation. Ce matériel doit être rendu disponible pour les patients (potentiels) et leurs proches (parents, etc.).

*Panel* : Des matériels utilisables se trouvent sur Internet. Il existe des matériels de sensibilisation, comme des affiches et des brochures présentées dans les maisons de jeunes et lors des soirées et des festivals, que l'on peut télécharger sur le site [www.dedruglijn.be](http://www.dedruglijn.be). En plus de ce matériel général d'auto-assistance, il existe également des livres et vidéos d'auto-assistance visant à mettre les jeunes sur la bonne voie. Citons le livre et le programme télévisé « *minder drinken, doe het zelf* » (Boire moins, y arriver par soi-même). Enfin, il existe également du matériel d'entraide proposant de se tester et des forums d'information, notamment sur [www.infordroques.be](http://www.infordroques.be). Sans oublier le matériel ludique tel que « *rock zero* » conçu comme matériel d'auto-assistance géré par d'autres jeunes. Le site [www.infordroques.be](http://www.infordroques.be) offre des informations, de l'aide, des conseils, ainsi que des affiches de sensibilisation pour les écoles, les soirées et les festivals. Cette association propose également des formations visant la sensibilisation dans un contexte adapté. Elle est aussi connue pour sa permanence téléphonique et offre un service d'e-permanence. Le site « [J'arrête quand je veux](http://www.stopouencore.be) » propose des présentations à l'intention des classes et des vidéos d'auto-assistance. Pour terminer, citons encore les self-tests à effectuer et un service d'e-permanence sur le site [www.stopouencore.be](http://www.stopouencore.be). Tous ces sites sont rassemblés sur le site principal [www.infordroques.be](http://www.infordroques.be).  
*Acteurs* : La plupart des jeunes déclarent que, pour avoir des informations et obtenir des conseils sur l'alcool (et le problème de l'alcool), ils consultent Internet. Un seul a signalé qu'il préfère recevoir des informations par le biais de l'école (parce qu'ils trouvent cela plus fiable).

### **Recommandation 19**

Au jeune dépendant de l'alcool mais non hospitalisé, donner des conseils pour éviter une diminution brutale de la consommation d'alcool ainsi que des informations indiquant comment prendre contact avec le centre local d'assistance sociale relative à l'alcool et aux drogues.  
(consensus)

#### Argumentaire

*Directive source* : Chez une personne dépendante de l'alcool, la diminution brutale de la consommation d'alcool peut entraîner de graves symptômes de sevrage. Le jeune (et ses parents) doivent être informés de l'objectif de ces conseils, des risques d'une diminution brutale de la consommation d'alcool.

Cette recommandation concerne les jeunes dépendants de l'alcool, mais la priorité va à l'évaluation et au contrôle de la phase aiguë du sevrage. Si une hospitalisation du jeune n'est pas indiquée, on lui conseillera généralement de continuer à boire puis de lentement réduire sa consommation d'alcool ou bien l'on programmera une désintoxication de l'alcool sous assistance médicale.

*Panel* : Cette recommandation devrait faire partie d'une approche psychosociale plus large. Cet avis doit être limité dans le temps sinon le jeune risque de penser qu'il peut continuer à boire.

*Acteurs* : Tous les parents interrogés ont signalé éprouver des difficultés face à cet avis car ils n'en voient pas clairement l'utilité ou la nécessité et ils avaient l'idée que cela pourrait être contreproductif. Les intervenants

indiquent que, dans le cadre de cet avis, un soutien est souhaitable, soutien assuré par exemple par un médecin.

### Quelles interventions non médicamenteuses (psycho-sociales) faut-il délivrer ?

#### Recommandation 20

Interventions brèves chez les jeunes de 16 et 17 ans présentant un abus d'alcool par consommation occasionnelle mais excessive d'alcool ou par consommation excessive et prolongée d'alcool (et détectée par le biais du dépistage)

- Offrir au jeune une intervention brève et lui demander son consentement.
- Donner des informations sur l'aide sociale locale spécialisée en matière d'assuétudes aux jeunes qui ne réagissent pas bien à la discussion ou aux conseils, mais qui souhaitent que l'on continue de les aider. Les adresser à cette aide sociale s'ils le souhaitent. Les orienter vers une aide sociale spécifique aux jeunes.
- Chez les jeunes qui recherchent activement de l'aide pour leur problème d'alcool, effectuer un examen physique et psychique et leur proposer un traitement et des soins appropriés ou les adresser au prestataire adéquat.

(GRADE 1C)

#### Argumentaire :

L'objectif de l'intervention est de motiver les jeunes à changer de comportement en recherchant avec eux pourquoi ils se comportent d'une certaine manière et en trouvant de bonnes raisons de changer. L'intervention doit être proposée par des personnes suffisamment formées.

*Acteurs :* La plupart des jeunes signalent travailler avec un de ces programmes brefs. Les jeunes indiquent qu'ils préfèrent recevoir des informations et des conseils d'un intervenant qui n'est pas lié à leur école, comme un psychologue. Les jeunes ayant un contact avec l'assistance sociale disent préférer recevoir ce genre d'informations de la part du personnel médical associé à l'école.

#### Recommandation 21

Nous conseillons les possibilités suivantes pour le traitement des jeunes présentant un abus d'alcool :

- une approche cognitivo-comportementale en thérapie individuelle dans le cas de comorbidités limitées et d'un bon soutien social ;
- un programme multicomposantes (comme l'approche thérapeutique familiale multidimensionnelle, la thérapie familiale stratégique brève, la thérapie familiale fonctionnelle ou la thérapie multisystémique) dans le cas de comorbidités importantes ou d'un soutien social limité.

(GRADE 2C)

#### Argumentaire

Par comparaison avec les adultes, les jeunes qui abusent de l'alcool présentent plus souvent une comorbidité plus grave (Perepletchikova et coll., 2008). Le traitement de l'abus d'alcool est très difficile en présence d'affections telles que les troubles de la conduite et le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, et il faut envisager le traitement concomitant de ces affections. Dans ces cas, la stratégie indiquée est l'implication de la famille par le biais d'un traitement multicomposantes.

L'implication de la famille a des effets positifs sur le niveau d'implication du jeune (Dakof et coll., 2001). Cette implication, qui comporte plusieurs volets, poursuit les objectifs suivants :

- obtenir le consentement au traitement ;
- impliquer les membres de la famille afin qu'ils apportent leur soutien tout au long du traitement ;
- obtenir de plus amples informations sur la consommation d'alcool et le fonctionnement général du jeune ;
- impliquer la famille dans la formation des parents, les capacités d'adaptation et les aptitudes à solutionner les problèmes relatifs aux responsabilités des parents, et implication plus formelle dans les programmes destinés aux familles.

Il existe de nombreuses approches différentes pour le traitement multidimensionnel de l'abus d'alcool, mais elles poursuivent toutes des objectifs similaires : informations en matière d'abus d'alcool, amélioration de la motivation et de l'implication, offre d'un soutien pour devenir abstinent et le rester, détermination de limites cohérentes et d'une structure solide, amélioration de la communication et offre d'un soutien. Quelques exemples d'interventions axées sur les familles : thérapie familiale fonctionnelle (Alexander et coll., 1990), thérapie familiale stratégique brève (Szapocznik et coll., 1988), thérapie multisystémique (Henggeler et coll., 1992) et thérapie familiale multidimensionnelle (Liddle et coll., 1999). Pour de plus amples informations, voir la liste des concepts.

#### *Durée du traitement*

En raison du manque d'études scientifiques portant sur les traitements multidimensionnels chez les jeunes, il n'est pas possible de se prononcer sur la durée du traitement. Le guide de bonne pratique d'où provient la recommandation ci-dessus avance une durée de traitement de douze semaines. Toutefois, les thérapies multidimensionnelles qui ont été évaluées dans des essais menés récemment (sur l'abus de cannabis) durent environ six mois (Hendricks et coll., 2011 ; essai INCANT).

*Panel* : Les interventions citées dans la recommandation ne sont pas exhaustives. Pour les jeunes sans comorbidité, il existe d'autres possibilités que la seule thérapie comportementale cognitive individuelle. Dans ces cas également, il devrait être possible de travailler sur le plan systémique. Le protocole/le guide de bonne pratique « thérapie cognitivo-comportementale indépendante des substances, pour les jeunes » (*Middelenonafhankelijke CGT-behandeling voor jongeren*) du programme « *Resultaten scoren* » (Enregistrer des résultats) du ministère de la Santé des Pays-Bas ([www.resultatenscoren.nl](http://www.resultatenscoren.nl)) (2012) comporte des informations utiles sur l'application de la thérapie cognitivo-comportementale chez les jeunes.

*Acteurs* : Les intervenants signalent que l'abstinence pour les jeunes devrait être le principal objectif thérapeutique mais non le seul. Si un jeune n'est pas capable de devenir abstinent ou bien qu'il ne le souhaite pas, d'autres objectifs thérapeutiques doivent être discutés. Les intervenants signalent également que, pour certains jeunes, leur parler et continuer à leur proposer de l'aide est une possibilité réelle et sensée.

#### Financement

Ce guide de pratique a été développé grâce à un financement du gouvernement fédéral - Cellule Drogues (BELSPO). Le commanditaire n'a eu aucune influence sur le contenu du guide de bonne pratique développé.

## Références

- ADAPTE-youth 2. Trudy Bekkering, Karen Smets, Martine Goossens, Mieke Autrique, David Möbius, Marijs Geirnaert, Bert Aertgeerts, Paul Van Royen, Karin Hannes. Guide de bonne pratique Dépistage, évaluation et traitement des jeunes présentant un abus de drogues. Leuven, 2013.
- ADAPTE-youth 3. Trudy Bekkering, Mieke Autrique, David Mobius, Karen Smets, Martine Goossens, Bert Aertgeerts, Paul van Royen, Marijs Geirnaert, Karin Hannes. Guide de bonne pratique pour la prévention de l'abus d'alcool et de drogues chez les adolescents. Leuven, 2013.
- Alexander JF, Waldron HB, Newberry A et al. The functional family therapy model. In Family Therapy for Adolescent Drug Abuse (eds A. S. Friedman & S. Granick), pp. 183–200. Lexington, MA: Lexington Books. 1990. (Cité dans : NICE, 2011)
- Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. A report for the European Commission. Londen: Institute of Alcohol Studies, 2006 (Cité dans : Michels J. et coll., 2011).
- Boelema S, Ter Bogt T, Van den Eijnden R, Verdurmen J. Fysieke, functionele en gedragsmatige effecten van alcoholgebruik op de ontwikkeling van 16-18 jarigen. Utrecht: Trimbos Instituut/ Universiteit van Utrecht, 2009.
- Clark DB, Lesnick L, Hegedus AM. Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997 Dec;36(12):1744-51 (Cité dans: NICE, 2011).
- Clark, D. B., Pollock, N., Bukstein, O. G., et al. (1997b) Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 1195–1203 (Cité dans : NICE, 2011).
- Clark, D. B., De Bellis, M. D., Lynch, K. G., et al. (2003) Physical and sexual abuse, depression and alcohol use disorders in adolescents: onsets and outcomes. Drugs and Alcohol Dependence, 69, 51–60 (Cité dans : NICE, 2011).
- Currie C et al. eds. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6). <http://www.hbsc.org/publications/international/>
- Dakof GA, Tejada M, Liddle HA. Predictors of engagement in adolescent drug abuse treatment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001 Mar;40(3):274-81 (Cité dans: NICE, 2011).
- Databank jeugdrecht: 2006-03 Decreet betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp ([http://www.jeugdrecht.be/?action=artikel\\_detail&artikel=66](http://www.jeugdrecht.be/?action=artikel_detail&artikel=66))
- Databank jeugdrecht: 2006-06 Beroepsgeheim van een hulpverlener bij minderjarige cliënten ([http://www.jeugdrecht.be/?action=artikel\\_detail&artikel=63](http://www.jeugdrecht.be/?action=artikel_detail&artikel=63))
- Databank jeugdrecht: 2011-09/10 De school en de hulpverlener in gesprek: beroepsgeheim en ambtsgeheim ([http://www.jeugdrecht.be/?action=artikel\\_detail&artikel=336](http://www.jeugdrecht.be/?action=artikel_detail&artikel=336))
- Databank Nederlands Jeugd Instituut. Multisysteem therapie (<http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/22/638.html>); functionele gezinstherapie (<http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/22/600.html>); multidimensionele gezinstherapie (<http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/22/637.html>)
- Doedens P, Meulders WAJ, Knibbe RA. Bemoeizorg. Uitkomsten van literatuuronderzoek en praktijkonderzoek in de verslavingszorg. Maastricht: Resultaten Score, 2004. [http://www.psychiatrieweb.mywebhome.nl/pw.oggz/files/docs/0409\\_ggzn\\_rapport\\_bemoeizorg.pdf](http://www.psychiatrieweb.mywebhome.nl/pw.oggz/files/docs/0409_ggzn_rapport_bemoeizorg.pdf)
- ESPAD. The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. [www.espad.org](http://www.espad.org)
- Fervers B, Burgers JS, Haugh MC, et al. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. Int J Qual Health Care 2006;18:167-76.
- GGZ. Multidisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en Trimbos-instituut, 2009.

- Gordon D A, Graves K, Arbuthnot J. The effect of functional family therapy for delinquents on adult criminal behavior. *Criminal Justice and Behavior* 1995, 22, 60–73 (Cité dans : NICE, 2011).
- GRADE. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924. Zie ook: [www.gradeworkinggroup.org](http://www.gradeworkinggroup.org)
- Haber P, Lintzeris N, Proude E and Lopatko O. Guidelines for the treatment of alcohol problems. 2009 Prepared for the Australian Government Department of Health and Ageing. (Summary of recommendations, Item 5.4.)
- Henggeler, S.W., Melton, G.B., & Smith, L.A. (1992) Family preservation using multisystematic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 953–961 (Cité dans : NICE, 2011).
- Hendricks, van der schee, Blanken. Treatment of adolescents with a cannabis use disorder; main findings of a rct comparing multidimensional ft and cogn beh ther in the Netherlands. *Drug and alcohol dependence* 119 (2011) 64-71
- ICD, 1992. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992 (Cité dans: Michels J. et coll., 2011).
- INCANT trial. Five-Countries Action Plan for Cannabis Research. <http://www.incant.eu>
- Liddle HA. A Multidimensional Model for Treating the Adolescent Drug Abuser. In *Empowering Families, Helping Adolescents: Family-Centered Treatment of Adolescents with Mental Health and Substance Abuse Problems*; Snyder, W., Ooms, T., Eds.; U.S. Government Printing Office: Washington, DC, 1999; 91–100. (Cité dans : NICE, 2011)
- Michels J, Hoeck S, Dom G, Goossens M, Van Hal G, Van Royen P. Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de huisarts. *Huisarts Nu* 2011;40:S137-S160.
- Mobius D. Dossier alcohol. Brussel: Vereniging voor Alcohol en andere Drugs, 2009.
- NICE clinical guideline 100. Alcohol-use disorders: Diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications, London: National Institute for Clinical Excellence, 2010a.
- NICE clinical guideline 115. Alcohol-use disorders. Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. London: National Institute for Clinical Excellence, 2011.
- Peleg-Oren N, Saint-Jean G, Cardenas, GA, Tammara H. & Pierre C. Drinking alcohol before age 13 and negative outcomes in late adolescence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2009, 33, 1966-72.
- Perepletchikova F, Krystal JH, Kaufman J. Practitioner review: adolescent alcohol use disorders: assessment and treatment issues. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008 Nov;49(11):1131-54.
- Resultaten Scoren. Richtlijn 'Middelenonafhankelijke CGT-behandeling voor jongeren'. Amersfoort: Resultaten Scoren, 2012.
- Szapocznik J, Rio A, Murray E. et al. Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989, 57, 571–578. (Cité dans : NICE, 2011)
- Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J et al. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction*. 1989; 84(11):1353-1357.
- VAD. Richtlijnen voor aanvaardbaar alcoholgebruik & definitie bingedrinken. Brussel: Vereniging voor Alcohol en Andere Drugproblemen (VAD), 2009.
- Van Driel M en Chevalier P. Glossaire des termes utilisés en Evidence- Based Medicine. Gent ; Minerva asbl, 2008
- Van Hout, K. Verslaafd! En dan? Kwalitatief onderzoek bij begeleiders van jongeren met een drug- en/of alcoholprobleem. Masterproef aangeboden tot het verkrijgen van de graad van Master of science in de Psychologie. KU Leuven, 2011/2012.
- Verdurmen J, Abraham M, Planije M, Monshouwer K, Van Dorsselaer S, Schulten I, Bevers J, Vollebergh W. Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar. Schadelijke effecten en effectiviteit van alcoholinterventies. Utrecht: Trimbos Instituut, 2006
- Loi « Droits du patient ». Une invitation au dialogue. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Editeur responsable : Cuypers, Bruxelles, Dépôt légal : D/2007/2196/5.

## ANNEXES. A1. Outils à joindre éventuellement

### AUDIT

Instructions : Les phrases suivantes concernent votre consommation de boissons alcoolisées, telles que bière, vin, genièvre et autres pendant l'année écoulée.

Aux questions 2 et 3, le mot « verre » désigne le verre habituel utilisé pour la boisson en question. C'est ce qu'on appelle un « verre standard ». Une canette de bière est plus que le verre standard : elle équivaut à 1,2 verre standard. Un demi litre de bière équivaut à 2 verres standard. Une bouteille de vin équivaut à 8 verres standard.

Vos réponses resteront confidentielles. Nous vous prions donc de répondre en toute honnêteté.

Entourez le texte de la case qui répond le mieux à votre cas.

	Question	0	1	2	3	4
1	Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	3 à 5 fois par semaine	au moins 4 fois par semaine
2	Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 9	10 ou plus
3	Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
4	Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
5	Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
6	Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
7	Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
8	Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
9	Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année
10	Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année

### **CRAFFT**

1. Avez-vous déjà été passager dans une auto conduite par une personne (incluant vous-même) qui était sous l'effet de l'alcool ou de drogues ?
2. Avez-vous déjà pris de l'alcool ou des drogues pour vous relaxer, vous sentir mieux ou pour faire partie d'une bande ?
3. Avez-vous déjà consommé de l'alcool ou des drogues seul ?
4. Avez-vous déjà oublié des choses que vous avez faites alors que vous étiez sous l'effet de l'alcool ou de drogues ?
5. Est-ce que votre famille ou vos amis vous ont déjà dit que vous devriez diminuer votre consommation d'alcool ou de drogues ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes alors que vous étiez sous l'effet de l'alcool ou de drogues ?

Chaque réponse positive compte pour 1 point. En faisant la somme des points, un total égal à 2 ou plus reflète une augmentation du risque de problèmes liés à votre consommation.

## A2. Traitements médicamenteux en cas d'éventuels symptômes de sevrage

### Recommandation 22

Nous conseillons de traiter en fonction de l'évolution des symptômes de sevrage\*, suivis au moyen du questionnaire CIWA-Ar.

(consensus)

#### Argumentaire

Le CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol) est un questionnaire permettant de répertorier les symptômes de sevrage et de leur donner un score (Sullivan, 1989). Ce questionnaire permet de faire l'inventaire de dix symptômes très fréquents : nausées et vomissements, tremblements, transpiration, anxiété, agitation, troubles tactiles, troubles auditifs, troubles visuels, céphalées, désorientation. On parle d'absence de symptômes de sevrage ou de symptômes de sevrage minimes devant un score de 0 à 9 ; de symptômes de sevrage légers à modérés devant un score de 10 à 19 ; de symptômes de sevrage sévères devant un score de 20.

Ce questionnaire est disponible à :

[http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuringinstruments/meetinstrumenten\\_33pdf.pdf](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuringinstruments/meetinstrumenten_33pdf.pdf) (en néerlandais).

*Panel* : Le traitement de l'évolution des symptômes de sevrage selon un schéma fixe est une bonne alternative en raison du manque de données probantes étayant l'utilisation de cet outil. Les échelles d'évaluation du sevrage alcoolique (comme le questionnaire CIWA-Ar) peuvent être utilisées pour évaluer la gravité des symptômes de sevrage, pour adapter le traitement (par exemple schémas médicamenteux modulés selon l'apparition des symptômes (*symptom-triggered*) et pour soutenir la communication entre les cliniciens. Ils ne peuvent toutefois pas être utilisés comme outils de diagnostic.

\* Chez les jeunes, les symptômes de sevrage dus à une accoutumance physique sont rares.

### Recommandation 23

Les benzodiazépines à longue durée d'action sont recommandées comme médicaments de premier choix pour la désintoxication de l'alcool.

(GRADE 1B)

#### Argumentaire

Toutes les benzodiazépines sont sans danger et efficaces dans la prévention des symptômes de sevrage alcoolique. Les benzodiazépines à longue durée d'action sont plus efficaces dans la prévention des crises convulsives et du délire, mais elles peuvent entraîner une sédation extrême dans les groupes à risque. Les benzodiazépines à courte durée d'action (lorazépam, oxazépam, midazolam) peuvent être indiquées lorsque le clinicien se fait du souci à cause de l'accumulation et de l'action trop sédative du diazépam, par exemple en cas de maladie hépatique grave, de lésion récente à la tête, d'insuffisance respiratoire, chez les patients obèses ou lorsque le diagnostic n'est pas clair. Dans ces cas, la préférence va aux benzodiazépines à courte durée d'action, telles que l'oxazépam et le lorazépam, parce que ces médicaments sont métabolisés plus rapidement. Le lorazépam a l'avantage supplémentaire qu'il est absorbé de manière prévisible lorsqu'il est administré par voie intramusculaire. L'inconvénient est qu'il doit être conservé au frais, ce qui peut représenter un problème au cabinet du médecin généraliste. On ne connaît pas le schéma posologique optimal des benzodiazépines en cas de syndrome de sevrage alcoolique. Le schéma posologique repose sur l'expérience clinique et le



consensus. Dans les établissements spécialisés disposant de personnel formé, les benzodiazépines peuvent éventuellement être administrées en fonction des symptômes.

Tout comme les benzodiazépines, la carbamazépine semble efficace pour réduire les symptômes de sevrage alcoolique. Les avantages de la carbamazépine sont que le risque d'abus est faible et qu'elle n'a pas d'influence sur la capacité d'apprentissage. Les données concernant ce médicament sont cependant encore limitées, et diverses études se contredisent. La carbamazépine n'est donc pas le médicament de premier choix.

La clonidine, un agoniste des récepteurs adrénergiques de type  $\alpha_2$ , est également efficace pour diminuer les symptômes de sevrage. Mais, en raison d'effets secondaires graves possibles, comme l'hypotension et la sédation, il est déconseillé d'utiliser ce médicament dans le traitement du syndrome de sevrage alcoolique.

#### **Recommandation 24**

a. En cas de delirium tremens, le médicament de premier choix est le lorazépam par voie orale. Administrer le lorazépam, l'halopéridol ou l'olanzapine par voie parentérale si les symptômes persistent ou si le jeune s'oppose à la prise de médicaments par voie orale.  
(consensus)

b. En cas de développement d'un delirium tremens chez un jeune traité en phase aiguë de sevrage alcoolique, revoir les médicaments de sevrage.  
(consensus)

#### Argumentaire :

Les jeunes qui connaissent un délire sont souvent stressés. Il est donc important de les traiter sans délai. Comme on ne sait pas bien à quel moment commencent les effets du traitement initial, le clinicien doit administrer un médicament qui agira jusqu'au moment où le traitement initial sera efficace. Vu le manque de données probantes confirmant la supériorité d'un médicament par rapport à l'autre, la recommandation d'administrer du lorazépam par voie orale comme premier choix se fonde sur un consensus. En cas de symptômes prononcés ou si le lorazépam est refusé, il faut administrer du lorazépam, de l'halopéridol ou de l'olanzapine par voie parentérale.

L'olanzapine aurait moins d'effets secondaires que le lorazépam et l'halopéridol, en particulier à dose élevée, ce qui est le cas dans la situation qui nous occupe. Bien que l'olanzapine administrée par voie parentérale coûte plus cher que le lorazépam et l'halopéridol, l'impact total du coût est probablement minime parce que, dans cette indication, quelques doses suffisent généralement et seulement un petit nombre de patients en ont besoin.

En raison des risques pour le jeune, le panel est d'avis que le delirium tremens nécessite un traitement intensif, pour lequel une hospitalisation en soins intensifs est recommandée.

#### **Recommandation 25**

a. Envisager une benzodiazépine à action rapide (telle que le lorazépam) chez les jeunes présentant des convulsions (crises convulsives) lors d'un sevrage alcoolique, afin de diminuer la probabilité de nouvelles crises.  
(GRADE 1C)

b. Si des crises convulsives provoquées par le sevrage alcoolique apparaissent chez un jeune qui est traité en phase aiguë de sevrage alcoolique, revoir le schéma médicamenteux / les médicaments de sevrage.

(consensus)

c. Ne pas donner de phénytoïne comme traitement des crises convulsives provoquées par un sevrage alcoolique.

(GRADE 1B)

#### Argumentaire

Un bon traitement aura pour effet de réduire l'incidence des crises convulsives, mais il ne pourra pas toujours les empêcher. Les crises convulsives surviennent avec une prévalence d'environ 8% au cours du sevrage alcoolique avec soutien médical planifié ou non planifié. Les crises convulsives peuvent aussi être une caractéristique du sevrage alcoolique lorsqu'un buveur dépendant diminue sa consommation.

L'objectif principal est l'arrêt des crises convulsives. Dans la plupart des cas, les crises convulsives cessent spontanément, et, le plus souvent, la personne consulte ensuite un médecin. Dans ce cas, l'objectif est de prévenir de nouvelles crises et de suivre et traiter les autres symptômes du sevrage alcoolique. Ce scénario clinique est le plus vraisemblable.

On a la certitude que, comparé à un placebo, le lorazépam est efficace dans le traitement des crises convulsives dues au sevrage. La phénytoïne n'est pas efficace, en comparaison avec un placebo. Pour de plus amples informations, se reporter à la justification scientifique de ce guide de bonne pratique.

## B. Evidence review

### 2.1 Introduction

#### Basic attitude of a caregiver

The caregivers' attitude is essential for the way young persons experience the given care. Based on the principles of integrated youth care, literature and interviews with minors, a study group composed a list with nine characteristics of ideal care givers (Integrale jeugdhulp, 2008).

According to young people, the ideal caregiver:

- Is real and sincere and is not afraid to show his personality to the young person. At the same time he pays attention to the impact of his own behaviour and appearance on the young person (authenticity).
- Has empathy. He is sympathetic and shows understanding as the young person tells something (empathy).
- Is willing to engage the young person in dialogue and give him/her full partnership (equivalence).
- Accepts the young person in his individuality, with his beliefs, norms and values. He acts from an open look for and to other persons and situations (openness).
- Supports the young person unconditionally (unconditionality).
- Maps strengths and possibilities, in addition to problems (positive attitude).
- Exhibits a clear and involved commitment to the young person. In function of the growth of the young person he can be near and far in the relationship at the same time (professional proximity).
- Is discreet in function of the privacy of the young person (reliability)
- Has respect for the pace of the young person (respect).

#### Role of parents

Several reviews reported an association between a poor parent-child relationship and an increased use of alcohol (Foxcroft et al., 1991; Vakalahi, 2001; Ryan et al., 2010). These reviews included predominantly cross-sectional studies or studies that did not control for previous alcohol use. A recent systematic review of longitudinal studies reported a weak association between a negative parent-child relationship and an increase of alcohol use by the child (Visser et al., 2012), possibly due to differences between cross-sectional and longitudinal studies. This needs further investigation.

#### Guideline to acceptable alcohol use

The guideline states that young people of 16 and 17 years should drink no more than 2 drinks of alcohol, and no strong liquor. This is based on guidelines to acceptable alcohol use, issued by VAD, which acknowledges that there are no absolute guidelines on the amount of alcohol that is safe or without any risks, due to the range of risk factors across the population of young people. Two documents were used for these guidelines: The Belgian 'Hoge Gezondheidsraad' (2006) states that alcohol is an important threat for the health and well-being of youngsters. However, from the population viewpoint, there is no scientific evidence for what intake of alcohol is still safe, especially for young people who are extra vulnerable.

The Australian National Health and Medical Research Council (2009) states that for young people under 18 years of age, not drinking alcohol is the safest option. They recommend that children under 15 years of age are at the greatest risk of harm from drinking and that for this age group, not drinking alcohol is especially important. They further recommend that for young people aged 15-17 years, the safest option is to delay the initiation of drinking for as long as possible.

The Australian guideline is based “on evidence showing that the risks of accidents, injuries, violence and self-harm are high among drinkers aged under 18 years. Drinkers under 15 years of age are much more likely than older drinkers to experience risky or antisocial behaviour connected with their drinking, with the rates also somewhat elevated among drinkers aged 15-17 years. In addition, the evidence suggests that earlier initiation of drinking is related to more frequent and higher quantity alcohol consumption in adolescence, and these patterns are in turn related to the development of alcohol-related harms in adolescence and adulthood.”

Table 1. French and English terms for alcohol misuse

<b>The SSMG supports classification of La Société Française d'Alcoologie (SFA) (for adults)*</b>	<b>NICE guidelines support the classification of WHO**</b>
<p><i>Usage à risque (consommateur à risque)</i> Toute conduite d'alcoolisation où la consommation supérieure aux seuils définis par l'OMS et non encore associée à un quelconque dommage d'ordre médical, psychique ou social (dépendance incluse), mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme. Cette catégorie inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS quand elles sont associées à une situation à risque et/ou un risque individuel particulier.</p> <p>L'OMS : moins de 3 unités par jour pour un homme et moins de 2 unités par jour pour une femme</p>	<p><i>Hazardous drinking</i> A pattern of alcohol consumption that increases someone's risk of harm. Some would limit this definition to the physical or mental health consequences (as in harmful use). Others would include the social consequences. The term is currently used by WHO to describe this pattern of alcohol consumption. It is not a diagnostic term.</p>
<p><i>Usage nocif (consommateur à problèmes)</i> Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par : 1) l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool, quels que soient la fréquence et le niveau de consommation, et par : 2) l'absence de dépendance à l'alcool.</p>	<p><i>Harmful drinking</i> is defined in the International Classification of Diseases (ICD-10) as a pattern of drinking that is causing damage to physical (eg to the liver) or mental health (eg episodes of depression secondary to heavy consumption of alcohol). The diagnosis requires that actual damage should have been caused to the mental or physical health of the user.</p>
<p><i>Usage avec dépendance (consommateur dépendant ou alcoolodépendant)</i> Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par la perte de la maîtrise de la consommation. L'usage avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui néanmoins sont souvent associés.</p>	<p><i>Alcohol dependence</i> A cluster of behavioural, cognitive and physiological factors that typically include a strong desire to drink alcohol and difficulties in controlling its use. Someone who is alcohol-dependent may persist in drinking, despite harmful consequences. They will also give alcohol a higher priority than other activities and obligations.</p>

\*La Société Française d'Alcoologie (SFA). Recommandations pour la pratique clinique. *Alcoologie et Addictologie* 2001; 23 (4 Suppl.) : 1S-76S

\*\* WHO. Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization ([http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_lexicon/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/))

### Methodology

This guideline was developed using the ADAPTE procedure (Fervers et al., 2006), a stepwise process to adapt (inter)national guidelines to a local context (Manual, 2009). This procedure has been developed by the ADAPTE Working Group and is regarded as a valid framework for guideline development by several large guideline developing organizations.

The first step of the ADAPTE process is the search for relevant guidelines and to assess the methodological quality of these guidelines using AGREE II (Brouwers et al., 2010). The following steps include the assessment of the relevance of the content of the guidelines with respect to our health questions, the methodological and clinical consistence between the evidence and the recommendation, and whether the recommendations are applicable and acceptable for the Belgian setting. Remaining steps (selection of health questions, updating literature and external review by target users and experts) are conducted similar to developing de novo guidelines.

A panel was established, consisting of experts of several important stakeholders for this guideline, including representation of family members of alcohol misusers. In a first meeting, the panel determined health questions for which they were seeking an answer based on experience and the self-rated expectations of the targeted health professionals and the young people.

### *Searching for guidelines*

A sensitive search was performed aiming to identify all relevant international and national guidelines.\* In June 2011, we searched the following electronic databases: Medline, Embase, Cinahl, PsychInfo, and ERIC using the following search terms:

1. guidelines [MeSH] OR guideline [publication type] OR practice guideline [publication type] OR guideline [title or abstract] OR guidelines [title or abstract]
2. substance-related disorders [MeSH] OR alcohol drinking [MeSH] OR street drugs [MeSH] OR designer drugs [MeSH] OR cannabis [MeSH] OR marijuana smoking [MeSH] OR heroin [MeSH] OR opium [MeSH] OR cocaine [MESH] OR amphetamines [MeSH] OR cannabis OR marijuana OR heroin OR opium OR cocaine OR amphetamine\$ OR speed OR ecstasy
3. drug abuse\$ OR drug use\$ OR drug misuse\$ OR drug dependenc\$ OR substance abuse\$ OR substance use\$ OR substance misuse\$ OR substance dependenc\$
4. #1 AND #2 AND #3

\* One search was performed for three guidelines: assessment and treatment of alcohol misuse, assessment and treatment of drug misuse and prevention of alcohol and drug misuse.

In addition, we searched for guidelines in the following databases using the search terms above: Guidelines International Network; The National Guideline Clearinghouse; The New Zealand Guidelines Group; the Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); Domus Medica; Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG); Dutch Institute of Healthcare Improvement CBO; Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG); National Institute of Clinical Excellence (NICE); Database

'evidence-based guidelines' van Duodecim (Finland, als onderdeel van de Digitale Bibliotheek van het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (CEBAM); WHO.

The Association for Alcohol and Other Drugproblems [Vereniging voor Alcohol en andere Drugsproblemen (VAD) and the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) provide an overview of (European) guidelines for alcohol and drug misuse and these were all screened (<http://www.vad.be/evidence-based-werken/richtlijnen.aspx>; <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/standards>) In addition, we searched the internet sites of the following organizations: 'National Drug and Alcohol Research Center' (USA), 'Australian Drug Information Network', 'Alcohol Studies Database' (USA). We searched Google using the search terms described above. Selected guidelines were screened for references to other potentially relevant guidelines and national experts in addiction research were contacted for other guidelines that may have been missed in our search.

#### *Inclusion criteria*

We included evidence-based practice guidelines on the prevention, screening, assessment or treatment of alcohol or illicit drug misuse in adolescents aged 12 to 18 years. Guidelines on alcohol or drug misuse adjacent to other problems, including psychological comorbidity, and guidelines on misuse of caffeine and tobacco were excluded. Guidelines had to be published from January 2006 onwards in the Dutch, English, French or German language.

The first selection was based on title and abstract. Potential relevant documents were downloaded or retrieved and screened in full. All titles and abstracts were screened by 1 reviewer with a second reviewer screening a random sample of 10% in duplicate. The agreement between the reviewers was substantial.

Two independent reviewers assessed the quality of the relevant guidelines using the AGREE II instrument (Brouwers et al., 2010). 32 guidelines were assessed and only the guidelines that scored over 50% of the subscale methodology were selected for the ADAPTE procedure for one of three guidelines. Nine guidelines remained. The content of these nine guidelines was assessed whether they answered one of our health questions. The relevant recommendations were listed together with a summary of the evidence for that recommendation. The evidence was graded using the GRADE system (GRADE working group)

#### GRADE

The GRADE system classifies the quality of evidence in three levels—high (A), moderate (B), low (C). Evidence based on randomised controlled trials begins as high quality evidence, but our confidence in the evidence may be decreased for several reasons, including:

Study limitations: important (-1) or very important (-2) problems with study quality

Inconsistency of results: important (-1) or very important (-2) inconsistency

Indirectness of evidence: some (-1) or major (-2) concerns about directness of evidence

Imprecision: important (-1) or very important (-2) imprecision.

Reporting bias: high (-1) or very high (-2) risk of publication bias.

Observational studies (for example, cohort and case-control studies) start with a "low quality" rating. Upgrading may be warranted if there is

- Strong evidence of an association (significant  $RR > 2$  ( $< 0.5$ ), based on consistent evidence of at least 2 observational studies without plausible confounders (+1)
- Very strong evidence of association (significant  $RR > 5$  ( $< 0.2$ ) based on consistent evidence without major threats of validity (+2)
- Evidence of a dose-response association (+1)
- All plausible biases would decrease the magnitude of an apparent treatment effect (+1)

For a number of recommendations, the source guideline states that the recommendation is based on inference derived from literature (IDE). Because it is not clear which literature was used and therefore it is not possible to assess its quality, no GRADE level was assigned. .

The levels can be interpreted as follows:

A: further research will probably NOT change our confidence in the estimation of the effect.

B: further research will probably have an important impact on our confidence in the estimation of the effect.

C: further research will most likely have a major influence on our confidence in the estimation of the effect and will probably change this estimate or any estimate of the effect is very uncertain

#### How recommendations were made

During the 2nd en 3rd meeting (and one skype meeting) all selected recommendations were discussed using the following questions:

1. Is the recommendation clear?
2. Does the recommendation answer our question well?
3. Is the recommendation relevant?
  - Do we have the required expertise?
  - Are there organization barriers?
  - Are there economic barriers?
  - Can the recommendation be extrapolated to our patient population?
4. What to do with the recommendation?
  - Adopt; Adapt (why and how?); Reject (why?)
5. How strong do we recommend the recommendation?
  - Strong (advantages outweigh disadvantages); Weak (advantages are smaller or equal to disadvantages)

The selected recommendations were included in the guideline. If applicable the panel formulated other considerations, which is the result on an interdisciplinary group discussion. Scientific evidence was searched for these considerations. Where this was not found, we stated that the consideration was an opinion of the panel.

For each selected recommendation we added, if available, an explanation about how to implement the recommendation. This information was derived from the source guideline. This was shortened if needed, for example if information was not relevant to our population of young people. The contents of this explanatory section was checked with the panel in a last meeting

During the 2 meetings we discussed 140 recommendations (on alcohol and drug misuse). From these, 24 were included in this guideline on alcohol misuse.

Table 2. Source guidelines for this guideline

Guideline	Title	Recommendation
NL001	Multidisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol (GGZ, 2009)	1, 3, 4, 11, 17, 18, 22, 23
UK003	Alcohol use disorders: diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications (NICE, 2010a)	9, 10, 19, 24, 25
UK004	Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking (NICE, 2010b)	2, 8, 20
UK005	Alcohol use disorders. Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (NICE, 2011)	5, 6, 7, 12-15, 21
UK009	Interventions to reduce substance misuse among vulnerable young people (NICE, 2007)	16

The strengths and weakness of the scientific evidence for each recommendation was evaluated by assessing the validity and coherence of the evidence for each selected recommendation. This was performed in line with the manual (ADAPTE manual, 2009) but with some modifications to make this process feasible within our limited time and budgets. The evidence for a certain recommendation was considered valid if:

- the method of searching for studies is adequate; and
- the protocol of these studies fits the research question; and
- the quality of studies was reported.

The evidence for a certain recommendation was considered coherent if:

- the patients and treatment in the studies are comparable to the patients and treatments in the recommendation; and
- the conclusions of the several studies point in the same direction (are consistent); and
- the results of the studies are important (clinically relevant); and if applicable
- is explained why an intervention is recommended despite limited evidence.

This this assessment, we used documentation of the guidelines only. This included evidence reviews, however no original publications were retrieved for this purpose.

Benefits for health and complications and risk were weighted if this was done by the source guideline.

#### Perspective of target population

The perspective of the target population was investigated by piloting this guideline among two groups of adolescents: 1. students of a secondary school and 2. adolescents who misused drugs. Both groups were asked how they felt about a selection of recommendations of this guideline.

For this purpose, recommendations from all ADAPTE guidelines were screened and recommendations that directly affected young people or recommendations for which cooperation of young people was needed to be implemented were selected. For this reason, recommendations on laboratory tests (recommendation 3) and types of medication (recommendations 22-24) were, among others, not selected. Recommendations for very specific populations i.e. opiate dependent young people (from the guideline on drug misuse) or recommendations with a low level of detail were excluded. The selection was performed by one person and checked by a second person.



The participants were asked whether they would or would not agree/ comply with the recommendations. We also asked to explain the answers. 27 adolescents from a secondary school, aged 16 years, were interviewed at school. This interview took place in one large group. Four adolescents aged between 15 and 18 years who followed an obligatory drugeducation course were interviewed one-by-one. The following recommendations were questioned: 1, 2, 4, 5, 7, 12, 18 and 20.

The guideline was also piloted among eight parents of children who have misused drugs. These parents were member of a self-help group for parents and during one of their meetings they were interviewed in a similar way as the group of adolescents. Only a few recommendations were selected as parents were less often involved in the implementation of the recommendations. The following recommendations were questioned: 12, 13, 14, 15 and 19. Both groups of adolescents and parents were convenient samples.

The results of the interviews were added to the guideline in the section ‘toelichting’ together with any reasons they gave to clarify their views.

External review

The draft guideline ‘screening, assessment and treatment on alcohol misuse among young people’ was externally reviewed by clinical experts and methodological experts.

*Clinical experts:* Three clinical experts (two from Flanders and one from Wallonia) have assessed the applicability of the draft guidelines. All worked in the primary care setting or ambulant care.

First, the clinical experts were asked to assess the guideline as a whole. They could answer with ‘completely not, mostly not, mostly, completely’. We converted this to a score from 1 to 4 and calculated the mean score across the experts (see table 3 below).

Table 3. Assessment of clinical experts on the guideline on alcohol misuse (mean score on a 4-p scale from ‘completely not’ to ‘completely’)

	<b>Mean score</b>
1. Is this guideline valuable for you?	3.5
2. Is the treatment approach in this guideline consistent to the approach used in your setting?	3
3. Is the treatment approach in this guideline consistent with your approach?	3
4. Is the approach in this guideline, according to you, consistent with the expectations from young people?	3
5. Can you envisage yourself applying this guideline in your practice?	3
6. Would you recommend the use of this guideline to your colleagues?	3
7. Do you think it is feasible to implement this guideline in your sector in Belgium?	3.5

The scores represent as follows: 1= completely not, 2=mostly not, 3=mostly, 4=completely

Second, the experts were also asked to assess each recommendation whether or not it was applicable in practice and provide comments or other feedback. All comments were listed and for

each comment a reply was given by the authors together with potential changes to the guideline. This is available on the following website [<https://ppw.kuleuven.be/home/english/research/mesrg/publications-of-research-projects>]. Sixty percent of the remarks resulted in changes to the text of the guideline. The majority of changes concerned explanation of the topics discussed in the introduction of the guideline, ie. target group, the attitude of care givers, the role of parents and topics that are relevant for our population but not covered in this guideline.

*Methodological experts:* Two persons with ample research experience in the field of adolescent alcohol and drug misuse evaluated the methodological quality of the draft guidelines using the AGREE II instrument (Brouwers et al., 2010). All 23 items were rated on a 7-item Likert scale from 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree). One AGREE form was completed for the three ADAPTE-youth guidelines as the same methodology was used.

Seventeen AGREE-items received a mean score of five or higher. The mean score for overall quality of the guidelines was 6. The following items received a score below 5: The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought; the views of the funding body have not influenced the content of the guideline; competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed; and a procedure for updating the guideline is provided. All but one item were amended for the final version of this guideline. One remaining issue could not be addressed within the timeframe of this project, which is 'The guideline presents monitoring and/or auditing criteria'.

Any comments of these experts were added to the list of comments (see above) and a reply was formulated.

#### Update literature

A systematic literature search was performed in November 2013 to search for recent evidence that may have an impact on the recommendations adapted from existing guidelines. We searched PubMed, Cochrane Library of Systematic Reviews and the DARE database. Included were systematic reviews on screening, diagnosing or treating alcohol misuse in adolescents, published from 2007 onwards. Reviews with less than half of included studies on participants older than 18 or reviews that did not assess and report the methodological quality of the studies were excluded. The search identified 380 records of which 5 were considered relevant for this guideline. Details on the methods and results are reported in appendix B1. None of the reviews changed a recommendation however one review changed a level of evidence of recommendation 16. The results are included in the Evidence Review.

#### Updating the guideline

Consistent with the procedure of KCE for updating Domus Medica guidelines (Dirven et al., 2006), we recommend that these guidelines are checked between 2016 and 2018 to determine whether an update is needed. This guideline was financed by the Federal Government as part of a fixed-term research project. New funding need to be sought for the update of this guideline.

## References

- Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna S, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L. for the AGREE Next Steps Consortium. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Canadian Medical Association Journal*, 182, e839-e842. The instrument is available from: [www.agreetrust.org](http://www.agreetrust.org)
- Dirven K, De Sutter A, Van Royen P, Mambourg, F, Van den Bruel A. Herziening bestaande praktijkrichtlijnen. KCE reports vol. 43A, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg / Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2006.
- Fervers B, Burgers JS, Haugh MC, et al. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. *Int J Qual Health Care* 2006; 18:167-76.
- Foxcroft DR, Lowe G. Adolescent drinking behaviour and family socialization factors: a meta-analysis. *J Adolesc* 1991, 14(3):255–273.
- GRADE Collaboration. [www.gradeworkinggroup.org/index.htm](http://www.gradeworkinggroup.org/index.htm)
- Hoge Gezondheidsraad (2006). Rapport van de Hoge Gezondheidsraad. Jongeren en alcohol. Brussel: Hoge Gezondheidsraad.
- Integrale jeugdhulp. Advies participatieve basishouding. De basishouding van de hulpverlener: van visie tot plan van aanpak. 20 oktober 2008 – ontwerp. Beschikbaar via: [http://wvg.vlaanderen.be/jeugdhulp/14\\_west-vlaanderen/databank\\_rsg/Advies%20participatieve%20basishouding.pdf](http://wvg.vlaanderen.be/jeugdhulp/14_west-vlaanderen/databank_rsg/Advies%20participatieve%20basishouding.pdf)
- Manual for Guideline Adaptation Version 2.0 - 2009. [www.adapte.org](http://www.adapte.org)
- National Health and Medical Research Council. Australian alcohol guidelines for low-risk drinking. Draft for public consultation. Australia: Australian government, 2009.
- Ryan SM, Jorm AF, Lubman DI. Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Aust N Z J Psychiatry* 2010, 44(9):774–783.
- Vakalahi HF. Adolescent substance use and family-based risk and protective factors: a literature review. *J Drug Educ* 2001, 31(1):29–46.
- Visser L, De Winter AF and Reijneveld SA. The parent–child relationship and adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health* 2012, 12:886

## 2.2 Screening

(Note from authors: in this Evidence Review we included the original recommendation as this makes it easier to assess the summary of evidence and to see any differences to the adapted recommendations. Original recommendations are stated in Italics in the original language).

### Recommendation 1

*Zowel in de eerste als in de tweede lijn verdient het aanbeveling om bij aanwezigheid van een of meer van de volgende signalen de patiënt te vragen naar zijn alcoholgebruik:*

- *psychische of sociale problemen vaak gecombineerd met slaapproblemen;*
- *de aanwezigheid van een alcoholgeur of sterke geuren ter maskering;*
- *frequent gebruik van en verzoek om tranquillizers en hypnotica;*
- *klachten over moeheid, malaise, tremoren, palpitations of overmatig transpireren, maag-darmklachten, zoals refluxklachten en diarree;*
- *frequente spreekuurbezoeken of frequente bezoeken aan eerste hulp van een ziekenhuis.*

### GRADE 1C

The source guideline (NL001) found moderate evidence to suggest that no symptoms or signs are usable in history taking or clinical assessment to detect alcohol misuse or dependence. (Poppelier, 2002; Van Limbeek, 1992). This would match GRADE B. We downgraded it to C as there was no evidence that these studies included adolescents (indirectness of evidence).

The evidence is not valid because the quality of the studies is not reported and not coherent because a clear link between evidence and recommendation is lacking (it is not clear why the recommended signs were selected from the longer list)

### Summary of evidence

The in literature described signals of excessive alcohol use are largely obtained from studies with serious alcohol problems. The extent to which these signals can also be used for the detection of the less severe problems is not known. Literature presents many signs related to alcohol misuse (see table 4).

Table 4. Indicators of risk of suspicion of harmful alcohol use (from: NL001). Although these signs and symptoms may suggest alcohol abuse and dependence, they are not probative. Conversely, the absence of such signs does not exclude alcohol abuse and dependence.

<p><u>Social problems</u>: relationship problems, abuse, criminal activities, financial problems, workrelated problems such as absenteeism and accidents</p> <p><u>Psychological problems</u>: memory loss and dementia, mood complaints, alcoholic hallucinations, auto mutilation</p> <p><u>Physical problems</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• General: fatigue, malaise, hyperventilation, excessive sweating, change of weight, 'foetor alcoholicus'</li> <li>• <u>Digestive system</u>: reflux complaints, gastritis, ulcer,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Musculoskeletal system</u>: gout, fractures</li> <li>• <u>Urogenital system</u>: sexual dysfunction, male infertility, menstrual disorders</li> <li>• <u>Skin</u>: scars, burns, spider naevi, erythematous and conjunctival redness, swollen, oedematous face, erythema palmare</li> <li>• Laboratory values: increased MCV, increased gamma-GT, increased ASAT(SGOT) and ALAT(SGPT), increased uric acid</li> </ul>
---	---

diarrhea, malabsorption, palpabele liver, pancreatitis <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Cardio circulatory system</u>: hypertension, cardiomyopathy, cardiac dysrhythmia, lung infections</li> <li>• <u>Nervous system</u>: headache, tremors, peripheral neuropathy, muscle aches, weakness and atrophy, hyperreflexia, insults, epilepsy, alcohol intoxication, impairments in memory</li> </ul>	Other signs: frequent consultations, variable and unexplained complaints, no or unexpected response to treatment, drug interaction, frequent accidents, - excessive use of and request for hypnotics and tranquilizers, notification of alcohol use by third parties, excessive nicotine use, excessive smell of aftershave and other smells
---	--

Basically, every social problem and every mental or somatic complaint for which no good explanation is to be found may be a signal for alcohol problems (Van Rens, 1989; Cornel, 1994). The signs listed in the table may be reason to suspect alcohol misuse or strengthen any previous suspicion (Poppelier, 2002). Unfortunately, none of the signals is specific enough to estimate to what extent the prior chance on problematic alcohol use is increased. That makes the diagnostic pathway for the detection of problematic alcohol use more complicated than the exclusion of alcohol problems (Van Limbeek, 1992)

#### *Other considerations*

The SIGN-guideline (2003) presents a summary of clinical symptoms that may be considered with respect to a potential role of alcohol. The NHG-standard (2005) indicates that there are no specific symptoms or complaints for the diagnosis problematic alcohol use, but that some signals may give rise to a suspicion or strengthen a suspicion. When the NHG-standard was developed, an extended search was performed to identify specific signals, but the signs that were described by Cornel (1994) in his thesis have not maintained. On the other hand, is the question of whether it makes sense to have a moderate validated list of groups at risk, because a patient that is not in the risk group falls has no licence for excessive alcohol use and vice versa. Based on these results, the authors of the source guideline based the recommendation on the SIGN guideline (2003), supplemented with signs from the NHG standard (2005).

#### References (cited from: NL001)

- Cornel M. Detection of problem drinkers in general practice. Proefschrift Rijksuniversiteit Limburg. Amsterdam: Thesis, 1994.
- Van Limbeek J, Van Alem V, Wouters, L. Vroege signalering van alcoholproblematiek in de huisartspraktijk. Huisarts & Wetenschap 1992, 35:72-7,82.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. Standaard Problematisch Alcoholgebruik. Huisarts & Wetenschap 2005, 48(6): 284-295.
- Poppelier A, Van de Wiel A, Van de Mheen D. Overdaad schaad: een inventarisatie van de lichamelijke gevolgen van sociaal geaccepteerd alcoholgebruik en bingedrinken. Rotterdam: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving, 2002.
- Van Rens HAJ, Cornel M, Van Zutphen WM. Herkenning van problematisch alcoholgebruik in de huisartspraktijk. Huisarts & Wetenschap 1989, 32:48-50.
- SIGN. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. A national clinical guideline. September 2003.

## **Recommendation 2**

Screening young people aged 16 and 17 years who are thought to be at risk from their use of alcohol  
Complete a validated alcohol screening questionnaire with these young people. Alternatively, if they are judged to be competent enough, ask them to fill one in themselves. In most cases, AUDIT\* (alcohol use disorders identification test) should be used. If time is limited, use an abbreviated version

(such as AUDIT-C, AUDIT-PC, CRAFFT, SASQ or FAST). Screening tools should be appropriate to the setting.

#### **GRADE 1B**

The source guideline (UK004) refers to 2 evidence statements and IDE. However these were considered as partly relevant. For example no evidence was given with respect to the effectiveness of screening. no GRADE level was assigned for the recommendation overall.

However, there is moderate evidence that the AUDIT is a useful instrument to detect alcohol misuse in young people. Therefore we assigned **GRADE 1B** for the use of AUDIT as screening instrument. Only the CRAFFT was selected as short instrument as none of the others were validated in adolescents. This evidence is valid and coherent.

#### Summary of evidence

AUDIT (Babor et al., 2001) was shown to perform more effectively in the identification of alcohol abuse or dependence (when used at a cut-off of greater than or equal to 10) than CAGE, CRAFFT (car, relax, alone, forget, friends, trouble) or RAPS-QF (rapid alcohol problems screen) questionnaires among young people (median age of 19 years) (one high quality cross-sectional diagnostic evaluation, Kelly et al., 2004). AUDIT was also demonstrated to have higher sensitivity (when used at an optimal cut-off of greater than or equal to three) than CAGE, CRAFFT or POSIT (problem oriented screening instrument for teenagers) in the detection of problem use (that is, hazardous or harmful consumption not reaching the diagnostic threshold for an alcohol-related disorder, abuse and dependence) in a sample aged between 14 and 18 years (one high quality cross-sectional diagnostic evaluation, Knight et al., 2003).

The guideline UK005 (NICE, 2011) recommends the standard adult threshold on the AUDIT for referral and intervention to be lowered for young people aged 10–16 years because of the more harmful effects of a given level of alcohol consumption in this population. Two studies using representative populations suggest a cut off score of 4 or more (Chung et al., 2000; Santis et al., 2009).

#### *Other instruments*

**CRAFFT** (Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble) is a short screening instrument to identify alcohol and drug misuse in young people (Knight, 1999). Dhalla et al. (2011) performed a systematic review and concluded that CRAFFT has adequate psychometric properties for detecting alcohol use disorders and substance use disorders in adolescents. At optimal cut-points, sensitivities of the CRAFFT ranged from 0.61 to 1.00, and specificities ranged from 0.33 to 0.97. The CRAFFT showed modest to adequate internal consistency values ranging from 0.65 to 0.86, and high test-retest reliability.

#### **NIAAA-questions**

The screening questions were empirically derived through analyses of data from (1) an 8-year span (2000–2007) of a nationally representative survey, which included more than 166,000 youth ages 12 to 18 (Smith et al., 2010) and (2) multiple longitudinal studies that collected information about young people as they grew up (Brown et al., 2010). While the two recommended questions have not yet been clinically tested, the analyses indicate that they are very effective predictors of adverse alcohol outcomes, both current and future. In addition, the questions are consistent with accepted standards of care in which youth are queried about friends' activities and personal health choices (NIAAA, 2011)

#### **SEM-j (individueel Screeningsinstrument Ervaringen met Middelengebruik –jongeren)**

This questionnaire is more extensive compared to the previous instruments. It aims to assess the severity of substance misuse by adolescents as well as the need for further treatment. The assessment requires more time

and some expertise from the professional. The instrument is based on the Personal Experience Screening Questionnaire (PESQ), which is one of the most usable, reliable and valid screening instruments for substance misuse in young people (Lecresse and Waldron, 1994; Weinberg et al., 1998, Winters 1992; Winters et al., 2002). The PESQ was translated and adapted to the Flemish context. A Dutch manual (Baeten et al., 2009) can be found via: (<http://www.vad.be/media/30366/handleiding%20-%20def.pdf>)

#### Evidence update

One recent systematic review summarized evidence on screening instruments that can assist emergency care clinicians in identifying substance misuse in pediatric patients (Newton et al, 2011). The review included 6 articles evaluating 11 instruments. The AUDIT was consistently used and other instruments were compared to this. Based on the evidence of this review, two 2 measures for emergency care clinicians at this time are recommended: a 2-question instrument derived from DSM-IV criteria for detecting probable alcohol misuse (sensitivity 0.88 95%CI not reported, specificity 0.90, 95%CI not reported) and a 1-question instrument (DISC) for detecting probable cannabis misuse (sensitivity 0.96 95%CI 0.88 to 0.99, specificity 0.86, 95%CI 0.82 to 0.89). Both of these recommended instruments can be used as a “quick screen” in the emergency department to identify those youth who have a high likelihood of having an alcohol- or cannabis-use disorder and who require further comprehensive diagnostic/ clinical workup for diagnosis in a non-emergency department setting. On the basis of the current evidence, the authors recommend that emergency care clinicians use a 2-question instrument for detecting youth alcohol misuse and a 1-question instrument for detecting cannabis misuse. It’s currently unclear whether these tools should be used as targeted or universal screening approaches. The authors highlight methodological problems which may have overestimated instrument accuracy, also among the recommended instruments.

This review presents new instruments to screen for alcohol and cannabis misuse in emergency departments. However the presented evidence is not strong enough to warrant changes to the recommendation.

#### References

- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB. The alcohol use disorders identification test – guidelines for use in primary care. Geneva: World Health Organization, 2001.
- Baeten I, Bernaert I, Claessens J, De Paepe N, Raskin K (redactie). HANDLEIDING SEM-J - individueel Screeningsinstrument Ervaringen met Middelengebruik voor Jongeren. Brussel: VAD, 2009.
- Brown SA, Donovan JE, McGue MK, Shulenberg JE, Zucker RA, & Goldman MA. Youth alcohol screening workgroup II: Determining optimal secondary screening questions. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research* 2010, 34 (Supplement s2), 267A.
- Chung T, Colby N, Barnett D et al. Screening adolescents for problem drinking and performance of brief screens against DSM-IV alcohol diagnoses. *Journal of Studies on Alcohol* 2000; 61: 579–587 (cited from: NICE, 2011)
- Dhalla S, Zumbo BD, Poole G. A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999-2010. *Curr Drug Abuse Rev* 2011 Mar;4(1):57-64.
- Kelly TM, Donovan JE, Chung T, Cook RL, Delbridge TR. Alcohol use disorders among emergency department-treated older adolescents: a new brief screen (RUFT-Cut) using the AUDIT, CAGE, CRAFFT, and RAPS-QF. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research* 2004; 28 (5): 746-753.
- Knight JR, Sherritt L, Harris SK, Gates EC, Chang G. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research* 2003, 27 (1): 67-73.
- Knight JR, Shrier L, Bravender T, Farrell M, Vander Bilt J, Shaffer H. A new brief screen for adolescent substance abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:591- 596
- Newton AS, Gokiart R, Mabood N et al. Instruments to detect alcohol and other drug misuse in the emergency department: a systematic review. *Pediatrics* 2011; 128 (1): e180.

- NIAAA. Alcohol screening and brief intervention for youth. A practitioners guide. 2011. This guide can be found via: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/YouthGuide/YouthGuidePocket.pdf>
- Lecesse M, and Waldron H. Assessing adolescent substance use: a critique of current measurement instruments. Review. Journal of Substance Abuse Treatment 1994; 11 (6), 553-563 (cited from: Baeten et al., 2009).
- Santis R, Garmendia M, Acuña G, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening instrument for adolescents. Drug and Alcohol Dependence 2009; 103, 155–157 (cited from: NICE, 2011)
- Smith GT, Chung T, Martin CS, Donovan JE and Windle M. Youth alcohol screening workgroup I: Measuring consumption of alcohol as a screener in children and adolescents. Alcoholism: Clinical & Experimental Research 2010, 34 (Supplement s2), 276A.
- Weinberg N, Rahdert E, Colliver J and Glantz M. Adolescent substance abuse: review of the past 10 years. Journal of American Child and Adolescent Psychiatry 1998; 37 (3), 252-261 (cited from: Baeten et al., 2009).
- Winters KC. Development of an Adolescent Alcohol and Other Drug Abuse Screening Scale: Personal Experience Questionnaire. Addict Behav 1992; Sep-Oct;17(5):479-90 (cited from: Baeten et al., 2009).
- Winters K, Latimer W and Stinchfield R. Clinical issues in the assessment of adolescent alcohol and other drug use. Behavioral Research and Therapy 2002; 40: 1443-1456 (cited from: Baeten et al., 2009).

## 2.3 Assessment

### Recommendation 3a

*Laboratoriumonderzoek van gamma-GT, MCV, ALAT of CDT (koolhydraat deficiënt transferrine) afzonderlijk of in combinatie is niet geïndiceerd om excessief alcoholgebruik op te sporen in de eerste lijn.*

#### GRADE 1B

The source guideline (NL001) found strong evidence that laboratory tests of gamma-GT, MCV and CDT (koolhydraat deficiënt transferrine) are not better compared to the AUDIT to detect hazardous alcohol use in general practice. Combining CDT with gamma-GT produces the highest predictive value. (Koch, 2004; Aertgeerts, 2001; Alte, 2004; Chen, 2003; Diagnostiek van alcoholisme in het kader van CBR-keuringen). This would match GRADE A. We downgraded to B as there was no evidence that these studies included adolescents (indirectness of evidence).

This evidence is valid and coherent.

### Recommendation 3b

*Wel kunnen afwijkende laboratoriumwaarden gebruikt worden voor het vervolgen van de effecten van het alcoholgebruik in de tijd.*

#### GRADE 2C

The source guideline (NL001) found some evidence that a different value of CDT, if possible combined with gamma-GT can be used to monitor reducing or stopping of alcohol use. (Conceptrichtlijn Opsporing en



diagnostiek van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid in het kader van CBR-keuringen). This matched GRADE C.

This evidence is valid and coherent.

### Summary of evidence

#### *Diagnosing chronic misuse*

Laboratory research, such as gamma-GT, ASAT, ALAT, CDT, uric acid or MCV, has limited value in diagnosis of harmful or hazardous alcohol use or alcohol dependence. A cross-section survey of 1992 patients in 69 general practices showed that none of MCV, gamma-GT, ASAT, ALAT, uric acid and the CDT-percentage was suitable as a screening test for alcohol misuse or dependence compared to the Composite International Diagnostic Interview. The properties were worse for women than for men (Aertgeerts, 2001).

In a study of 4310 persons from an open population, the predictive values of gamma-GT, MCV en CDT to detect hazardous alcohol use appeared less than 50% (Alte, 2004). A systematic review showed variation in the sensitivity of several CDT tests, with consistent good specificity: CDTest sensitivity 20-85%, specificity 77-95%; CDTTriTIA sensitivity 50-67%, specificity 90-100%. As alcohol consumption increases, the sensitivity of the CDT-provision increases as well up to 70-80% (Koch, 2004).

Another study among 1684 persons from the open population, teetotalers and for men in rehabilitation clinics showed the combination of CDT and gamma-GT the greatest accuracy (plotted as AUC of ROC curves) for detecting alcohol use of more than 6 units per day in the past month. For women, gamma-GT was the most valid. However the sensitivity did not reach above 75% (Chen, 2003).

#### *Monitoring alcohol use*

If a deviant laboratory value is found, the effect of reducing alcohol consumption may be visible when tests are repeated. Cessation of alcohol consumption results in a declined increased gamma-GT value in two weeks to half and normalizes after about five weeks. If an elevated gamma-GT is found, a repeated test can be useful to monitor the effect of reduction of alcohol stop. In particular, the CDT-test is useful to monitor alcohol use. This is increasingly used for monitoring heavy users (see also NVVP, 2007 chapter 7).

#### *Other considerations*

In primary care, laboratory tests (gamma-GT, MCV, ALAT or CDT) do not generate more reliable results compared to questionnaires. Also, laboratory tests are often not directly available in the contact with patients and the use of questionnaires takes only a little extra time. However, in populations with high prevalence (see NVVP, 2007)) or for a follow-up or to increase persuasion, laboratory tests (mainly CDT and GGT) have added value. The costs of laboratory tests are higher compared to costs of questionnaires.

### References (cited from: NL001)

- Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *Br J Gen Practice* 2001; 51:206-17.
- Alte D, Luedemann J, Rose HJ, John U. Laboratory markers carbohydrate-deficient transferrin, gamma-glutamyltransferase, and mean corpuscular volume are not useful as screening tools for high risk drinking in the general population: results from the Study of Health in Pomerania (SHIP). *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28:931-40.
- Koch H, Meerkerk GJ, Zaat JOM, Ham MF, Scholten RJPM, Assendelft WJJ. The accuracy of carbohydrate deficient transferrin in the detection of excessive alcohol consumption. A systematic review. *Alcohol Alcohol* 2004; 39:75-85.

- Chen J, Conigrave KM, Macaskill P, Whitfield JB, Irwig L. Combining carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyltransferase to increase diagnostic accuracy for problem drinking. *Alcohol & Alcoholism* 2003; 38:574-82.
- NVVP. Conceptrichtlijn opsporing en diagnostiek van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid in het kader van CBR-keuringen, 2007.

#### **Recommendation 4**

*We adviseren om bij traumapatiënten die een eerste hulp bezoeken het alcoholgehalte in bloed of uitademingslucht te bepalen.*

#### **GRADE 2C**

The source guideline (NL001) found some evidence that alcohol use is an important factor in about 25% of patients visiting emergency rooms. Alcohol use is easy to detect by assessing the alcohol level in breath of blood (Cherpitel, 2005; Savola, 2004; Kurzthaler, 2005.) This would match GRADE B. We downgraded to C because there is no evidence that these studies were conducted in adolescents (indirect evidence).

The evidence is valid and coherent.

#### Evidence summary

##### *Diagnosis of harmful alcohol use in emergency medicine*

A pooled study among 44 emergency medicine departments in 16 countries (n=11536) found excessive alcohol use to be present in 24% of patients based on alcohol levels in breath., and 30% of patients based on results of questionnaires (Cherpitel, 2005). The criterion for alcohol use was strict: any use within 6 hours of the accident. A prospective study in 349 visitors of emergency medicine (16-49 years of age) showed an increased alcohol level in blood or breath in 68% of people (the criterion was harmful drinking). This test also gave the most reliable results compared to gamma-GT, MCV and CDT. The sensitivity of measuring alcohol levels was 68% (95%CI 61-73%), specificity 94% (95%CI 87-97%) and the PPV was 96% (95%CI 92-98%). Based on this high percentage, the authors conclude to measure alcohol levels in blood or breathe in trauma patients (Savola, 2004). A possible explanation of the relative poor score of alcohol markers may be that accidents due to alcohol use happen more often in inexperienced and occasional drinkers.

Among 1611 patients who visited the emergency medicine department because of trauma in one year, 27% of men and 8% of women had increased alcohol blood levels. Broken down by type of accident, considerable alcohol use especially played a role in trauma due to violence (57%), traffic (29%) and falls (22%)(Kurzthaler, 2005).

#### Evidence update

One systematic review was found that aimed to evaluate adolescent alcohol screening after injury (Kelleher et al, 2013). The review included 26 studies, of which two studies were of low quality (at least non-experimental descriptive studies) and the remaining were expert committee reports, opinions or experiences.

The authors conclude that injured adolescent trauma patients should be universally screened for alcohol misuse during their hospital visit. To maximize the number of at-risk adolescents targeted for interventions, screening should begin at minimum at 12 years. As no screen identifies all at-risk adolescents, a serial screening method using both biochemical tests and standardized questionnaires may increase screening efficacy. This review does not necessitate changes to the recommendation.

#### References

- Cherpitel CJ, Yu Ye, Bond J, Rehm J, Poznyak V, Macdonald S, et al. Multi-level analysis of alcohol-related injury among emergency department patients: a cross-national study. *Addiction* 2005; 100:1840-50 (cited from: NL001).

- Kelleher DC, Renaud EJ, Ehrlich PF et al. Guidelines for alcohol screening in adolescent trauma patients: A report from the Pediatric Trauma Society Guidelines Committee. *J Trauma Acute Care Surg* 2013; 74: 671-82.
- Kurzthaler I, Wambacher M, Golser K, Sperner G, Sperner-Unterweger B, Haidekker A, et al. Alcohol and/or benzodiazepine use: different accidents-different impacts? *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2005; 20: 583-9 (cited from: NL001).
- Savola O, Niemela O, Hillbom M. Blood alcohol is the best indicator of hazardous alcohol drinking in young adults and working-age patients with trauma. *Alcohol & Alcoholism* 2004; 39:340-5 (cited from: NL001).

### **Recommendation 5**

*If alcohol misuse is identified as a potential problem, with potential physical, psychological, educational or social consequences, in children and young people aged 10–17 years, conduct an initial brief assessment to assess:*

- *the duration and severity of the alcohol misuse (the standard adult threshold on the AUDIT for referral and intervention should be lowered for young people aged 10–16 years because of the more harmful effects of a given level of alcohol consumption in this population)*
- *any associated health and social problems*
- *the potential need for assisted withdrawal.*

#### **GRADE 1C**

The source guideline (UK005) found some evidence for the AUDIT questionnaire to be appropriate and suitable for use as a diagnostic instrument . This matches with GRADE C.

The evidence is valid but not coherent as the recommendation is broader than the evidence.

#### Evidence summary

The authors of the source guideline (UK005) conducted a systematic review of diagnostic and assessment tools for alcohol dependence and harmful alcohol use, specifically for children and young people up to 18 years. Literature was searched up to March 2010.

The original intention was to conduct a quantitative review assessing the sensitivity, specificity and positive predictive value of the instruments for case identification, diagnosis, assessment and alcohol related problems in children and young people. However, the search failed to identify sufficient data to allow for a quantitative review. As a result, a narrative synthesis of the tools was undertaken and the conclusions are presented below. The identification and subsequent criteria necessary for inclusion in the narrative review of assessment tools were that:

- the tool assesses primarily alcohol and not drugs
- the tool has either been developed for use in children and young people or has been validated in this population
- the tool has established and satisfactory psychometric data (for example, validity/reliability and sensitivity/specificity)
- the tool assesses a wide range of problem domains (for example, dependence, quantity/frequency of alcohol consumed, alcohol-related problems and so on)
- the tool has favourable administrative properties (for example, copyright, cost, time to administer and so on).

### *Case identification/diagnosis*

From the review of the literature, using the stipulated inclusion and exclusion criteria and properties outlined above, the authors of the source guideline identified three tools for case identification in children and young people. These were the AAIS (Mayer & Filstead, 1979), the ADI (Harrell & Wirtz, 1985) and AUDIT (Babor et al., 2001). The AUDIT questionnaire was found to be the most appropriate and suitable for use as a case identification/diagnostic instrument. We also evaluated the need for a revised cut-off in young people using the AUDIT questionnaire. Chung and colleagues (2000) recommends modification of the AUDIT to be more appropriate to young people. Two studies using representative populations suggest a cut off score of 4 or more (Chung et al., 2000; Santis et al., 2009).

### References (cited from: UK005)

- Mayer J & Filstead WJ. The Adolescent Alcohol Involvement Scale: An instrument for measuring adolescents' use and misuse of alcohol. *Journal of Studies on Alcohol* 1979, 40, 291–300.
- Harrell AV & Wirtz PW. The Adolescent Drinking Index Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1985.
- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, et al. AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (2nd edn). Geneva: WHO, 2001.
- Chung T, Colby N, Barnett D, et al. Screening adolescents for problem drinking and performance of brief screens against DSM–IV alcohol diagnoses. *Journal of Studies on Alcohol* 2000, 61, 579–587.
- Santis R, Garmendia M, Acuña, G, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening instrument for adolescents. *Drug and Alcohol Dependence* 2009, 103, 155–157.

### **Recommendation 6**

*A comprehensive assessment for children and young people (supported if possible by additional information from a parent or carer) should assess multiple areas of need, be structured around a clinical interview using a validated clinical tool (the Teen Addiction Severity Index [T-ASI]), and cover the following areas:*

- *consumption, dependence features and patterns of drinking*
- *comorbid substance misuse (consumption and dependence features) and associated problems*
- *mental and physical health problems*
- *peer relationships and social and family functioning*
- *developmental and cognitive needs, and educational attainment and attendance*
- *history of abuse and trauma*
- *risk to self and others*
- *readiness to change and belief in the ability to change*
- *obtaining consent to treatment*
- *developing a care plan and risk management plan.*

#### **GRADE 1C**

The source guideline (UK 005) found some evidence that the T-ASI is a useful instrument to assess alcohol misuse and related problems in adolescents. This matches with GRADE C.

The evidence is not valid because the quality of the studies is not reported and not coherent as the recommendation is broader than the evidence.

### Evidence summary

The authors of the source guideline performed a systematic review (see recommendation 4).

A number of clinical interview tools which provide a comprehensive assessment of alcohol misuse in children and young people specifically were identified. These are: the ADI (Winters & Henly, 1993); the CASI-A (Meyers et al., 1995); the CDDR (Brown et al., 1998); the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC; Piacentini et al., 1993); the SCID SUDM (Martin et al., 1995a); the SUDDS-IV (Hoffman & Harrison, 1995); and the Teen Addiction Severity Index (T-ASI; Kaminer et al., 1991).

The working group of the source guideline made a consensus-based decision to exclude the CASI-A, CDDR, SCID SUDM and SUDDS-IV from the narrative review because these tools have been developed for the use in adolescents over the age of 16 years old population only, and hence may be inappropriate for use with children under that age. Based on the previous outlined criteria (see recommendation 4) the clinical interview tools which met inclusion criteria and are included in this narrative review are the ADI, DISC and T-ASI.

The review identified some problems with the DISC including population in which it was standardised, its duration and its cost. The ADI and the T-ASI both could be used as part of a comprehensive assessment of alcohol misuse. However, although the T-ASI is free to use, the ADI can only be obtained at a monetary cost. Furthermore, the T-ASI has utility as an outcome monitoring tool and, although perhaps too long for routine use (30 minutes), it may have value as an outcome measure for periodic reviews. These tools should be used and interpreted by trained staff. The comprehensive interview should not only assess the presence of an alcohol use disorder, but also other comorbid and social problems, development needs, educational and social progress, motivation and self-efficacy, and risk.

The panel feels that the T-ASI should be recommended in Belgium as standard instrument

#### *Teen Addiction Severity Index*

The T-ASI is a semi-structured clinical interview designed to provide a reliable and valid measure in the evaluation of substance abuse in adolescents. It has 126 items that provide severity ratings for psychoactive substance use, school or employment status, family function, peer-social relationships, legal status and psychiatric status.

The T-ASI has satisfactory inter-rater reliability ( $R = 0.78$ ) and has been found to have utility in both the clinical identification of alcohol dependence or harmful alcohol use, as well as in the assessment of changes of severity over time as a response to treatment, and hence may be applicable as an outcome monitoring tool (Kaminer et al., 1991). Kaminer and colleagues (1993) also established that the T-ASI could adequately distinguish between 12- to 17-year-olds with and without substance-use disorders as defined by the DSM-III-R. The T-ASI has an added benefit as it can be administered in less than 30 minutes, it is free to use and not copyrighted.

#### References (cited from : UK005)

- Brown SA, Meyer MG, Lippke L, et al. Psychometric evaluation of the customary drinking and drug use record (CDDR): a measure of adolescent alcohol and drug involvement. *Journal of Studies on Alcohol* 1998; 59, 427–438.
- Hoffmann NG and Harrison PA. SUDDS-IV: Substance Use Disorder Diagnostic Schedule-IV. St Paul, MN: New Standards, Inc, 1995.
- Kaminer Y, Burkstein OG and Tarter RE. The Teen Addiction Severity Index: rationale and reliability. *The International Journal of the Addictions* 1991; 26, 219–226.
- Kaminer Y, Wagner E, Plummer B, et al. Validation of the Teen Addiction Severity Index (T-ASI): preliminary findings. *American Journal on Addictions* 1993; 2, 250– 254.
- Martin C, Kaczynski N, Maisto S, et al. Patterns of DSM-IV alcohol abuse and dependence symptoms in adolescent drinkers. *Journal of Studies on Alcohol* 1995a, 56, 672–680.
- Meyers K, McLellan AT, Jaeger JL, et al. The development of the Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents (CASI-A): an interview for assessing the multiple problems of adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1995; 12: 181–193.

- Piacentini J, Shaffer D, Fisher P, et al. The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised version (DISC-R): III. Concurrent criterion validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1993; 32: 658–665.
- Winters KC and Henly GA. *Personal Experience Inventory (PEI) Test and Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 1989.

### **Recommendation 7**

*Refer all children and young people aged 10–15 years to a specialist child and adolescent mental health service (CAMHS) for a comprehensive assessment of their needs, if their alcohol misuse is associated with physical, psychological, educational and social problems and/or comorbid drug misuse.*

The source guideline (UK005) does not report any evidence for this recommendation. Therefore we assumed this was based on consensus.

### **Recommendation 8**

*Consider making a referral for specialist treatment if one or more of the following has occurred. They:*

- *show signs of moderate or severe alcohol-dependence (see definition on p 48)*
- *have failed to benefit from structured brief advice and an extended brief intervention and wish to receive further help for an alcohol problem*
- *show signs of severe alcohol-related impairment or have a related co-morbid condition (for example, liver disease or alcohol-related mental health problems).*

The source guideline (UK004) does not report any evidence for this recommendation. Therefore we assumed this was based on consensus.

### **Recommendation 9**

*For young people under 16 years who are in acute alcohol withdrawal, offer admission to hospital for physical and psychosocial assessment, in addition to medically assisted alcohol withdrawal.*

A systematic search by the authors of the source guideline (UK003) did not reveal any studies for young people under 16.

### **Recommendation 10**

*For certain vulnerable people who are in acute alcohol withdrawal (for example, those who are frail, have cognitive impairment or multiple comorbidities, lack social support, have learning difficulties or are 16 or 17 years), consider a lower threshold for admission to hospital for medically assisted alcohol withdrawal.*

A systematic search by the authors of the source guideline (UK003) did not reveal any relevant studies.

### Summary of evidence

A systematic review was undertaken for the following questions:

- 'What are the benefits and risks of unplanned 'emergency' withdrawal from alcohol in acute medical settings versus discharge?
- What criteria (e.g. previous treatment, homelessness, levels of home support, age group) should be used to admit a patient with acute alcohol withdrawal for unplanned emergency withdrawal from alcohol?'

All of the studies reviewed were in adult populations although age was not restricted when undertaking the literature search. As such, the authors of the source guideline agreed that while the presentation of a young person with alcohol withdrawal is rare it is associated with a unique set of problems and management should always include addressing any underlying long-term psychosocial issues. The authors of the source guideline agreed that this population is particularly vulnerable and that admission should be considered at a lower threshold in those under 18 and advised in those under 16. The authors of the source guideline recognise that intoxication is a more common problem than withdrawal in this age group.

No correlation was found between age and the severity of withdrawal: however, it was noted that frail people may be more susceptible to post-discharge injury from falls, slips and the like. The authors of the source guideline agreed there should be a lower threshold for admission for the medical management of alcohol withdrawal in this population. They recognised that biological is more important than chronological age.

The authors of the source guideline noted that a person's level of social support outside the hospital setting can make a considerable difference to the outcome and may impact upon the decision as to whether they will require admission or not.

### **Recommendation 11**

*Opname is geïndiceerd bij:*

- *mensen met een ernstige acute intoxicatie;*
- *een onthoudingsdelier;*
- *onthoudingsinsulten*

*Bij jongeren speelt eventueel een combinatie met andere psychotrope middelen een rol.*

*Opname is zeker te aan te bevelen als er in de onmiddellijke omgeving van de patiënt geen personen of onvoldoende toezicht aanwezig zijn om contact op te nemen bij verslechtering van het klinische beeld.*

The source guideline (NL001) does not report evidence for this recommendation. Therefore we assumed this was based on consensus.

## **2.4 Treatment**

### **Recommendation 12**

*Encourage families and carers to be involved in the treatment and care of people who misuse alcohol to help support and maintain positive change.*

### **GRADE 1C**

The source guideline (UK005) states that there is some evidence that family and friends can have an important role in supporting a person with an alcohol problem to promote and maintain change, but in order to do this

they require information and support from healthcare professionals. This matches with GRADE C.

The evidence is coherent but not valid because the quality of the studies was not reported.

#### Evidence summary

See below (recommendation 13)

### **Recommendation 13**

*When families and carers are involved in supporting a person who misuses alcohol, discuss concerns about the impact of alcohol misuse on themselves and other family members, and:*

- *provide written and verbal information on alcohol misuse and its management, including how families and carers can support the service user offer a carer's assessment where necessary*
- *negotiate with the service user and their family or carer about the family or carer's involvement in their care and the sharing of information; make sure the service user's, family's and carer's right to confidentiality is respected.*

### **GRADE 1C**

The source guideline (UK005) states that there is some evidence that family and friends can have an important role in supporting a person with an alcohol problem to promote and maintain change, but in order to do this they require information and support from healthcare professionals. This matches with GRADE C.

Evidence not valid because the quality of the studies was not reported and not coherent because there is no clear link between evidence and recommendation

#### Evidence summary

The authors of the source guideline (UK005) performed a systematic search for published reviews of relevant qualitative studies of people who misuse alcohol. The aim of the review was to explore the experience of care for people who misuse alcohol and their families and carers in terms of the broad topics of receiving a diagnosis, accessing services and having treatment. 33 studies were found and two studies reported on experience of support from family and voluntary organisations.

Orford and colleagues (2005) also found that the influence of family and friends helped in promoting change in alcohol consumption. Treatment seemed to assist participants in finding non-drink related activities and friends, and seeking out more support from their social networks to deal with problematic situations involving alcohol. Supportive networks provided by AA and the 12-step programme facilitated recovery for participants in the Dyson (2007) study as well, because they were able to be with others who genuinely understood their experiences and fostered a sense of acceptance: 'Here was a bunch of people who really understood where I was coming from'.

In summary, family and friends can have an important role in supporting a person with an alcohol problem to promote and maintain change, but in order to do this they require information and support from healthcare professionals. But the strain on carers can be challenging and they may require a carer's assessment.

#### *From evidence to recommendations*

The authors of the source guideline (UK005) conclude that given the challenges of caring for someone with an alcohol problem, as described in the review of the literature, more information and support should be available to carers and there should be an emphasis on including them in the treatment process, if this is appropriate and the service user agrees. Furthermore, with the understanding of how important positive social support networks are in maintaining positive change, helping carers supporting their supportive role is crucial in order to promote change.



References (cited from: UK005)

- Orford J, Natera G, Copello A, et al. Coping with Alcohol and Drug Problems: The Experiences of Family Members in Three Contrasting Cultures. London: Taylor and Francis, 2005.
- Dyson J. Experience of alcohol dependence: a qualitative study. Journal of Family Health Care 2007, 17, 211-214.

**Recommendation 14**

*When the needs of families and carers of people who misuse alcohol have been identified: offer guided self-help, usually consisting of a single session, with the provision of written materials provide information about, and facilitate contact with, support groups (such as self-help groups specifically focused on addressing the needs of families and carers).*

**GRADE 1C**

The source guideline (UK005) found some evidence that self-help interventions are as effective as more intensive psychological interventions in reducing stress and improving psychological functioning for carers and families of people who misuse drugs and alcohol. The authors found several RCTs, which would match GRADE B. However, these are very detailed while the recommendation is very broad. Therefore we downgraded to C (indirectness of evidence)

The evidence is not valid as the quality was not reported and not coherent because it refers to substance misuse and not specific for young people.

Evidence summary

See below (recommendation 15)

**Recommendation 15**

*If the families and carers of people who misuse alcohol have not benefited, or are not likely to benefit, from guided self-help and/or support groups and continue to have significant problems, consider offering family meetings. These should: provide information and education about alcohol misuse help to identify sources of stress related to alcohol misuse explore and promote effective coping behaviours usually consist of at least five weekly sessions.*

**GRADE 1C**

The source guideline (UK005) found some evidence that self-help interventions are as effective as more intensive psychological interventions in reducing stress and improving psychological functioning for carers and families of people who misuse drugs and alcohol. The authors found several RCTs, which would match GRADE B. However, these are very detailed while the recommendation is very broad. Therefore we downgraded to C (indirectness of evidence).

The evidence is not valid as the quality was not reported and not coherent because it refers to substance misuse and not specific for young people.

Evidence summary

In developing the source guideline the authors drew on a previous review of psychological interventions for carers which had been undertaken for the NICE guideline on Psychosocial Interventions for Drug Misuse (NCCMH, 2008). This was a pragmatic decision as the previous review had drawn on literature covering both drug misuse and alcohol misuse and searches conducted for this guideline had failed to find any substantial new evidence from interventions to support family members and carers.

The outcome of the NCCMH (2008) review is summarised below in narrative form. The NCCMH (2008) guideline identified a number of interventions in the drug and alcohol field that had been developed and tested in formal trials. They are listed below

#### *5-step intervention*

The 5-Step intervention seeks to help families and carers in their own right, independent of relatives who misuse drugs or alcohol. It focuses on three key areas: stress experienced by relatives, their coping responses and the social support available to them. Step 1 consists of listening and reassuring the carer, Step 2 involves providing relevant information, Step 3 counselling about coping, Step 4 counselling about social support and Step 5 discussion of the need for other sources of specialist help. This intervention consists of up to five sessions.

#### *Community reinforcement and family training*

Community reinforcement and family training is a manualised treatment programme that includes training in domestic violence precautions, motivational strategies, positive reinforcement training for carers and their significant other, and communication training. However, the primary aim of the treatment appears to be encouraging the person who misuses drugs or alcohol to enter treatment. This intervention again consists of up to five sessions.

#### *Self-help support groups*

A group of families and carers of people who misuse drugs meets regularly to provide help and support for one another.

#### *Guided self-help*

A professional offers a self-help manual (for example, based on the 5-step intervention), provides a brief introduction to the main sections of the manual and encourages the families and/or carers of people who misuse drugs to work through it in their own time at home.

#### *Summary of the 2008 review*

The review identified a total of three RCTs including two trials (Kirby et al., 1999; Meyers et al., 2002) for community reinforcement and family training (CRFT) compared with 12-step self-help groups and one trial (Copello et al., 2009) of the 5-Step intervention in which 5-Step interventions of various intensities were compared.

Neither Kirby and colleagues 1999, or Meyers and colleagues found any significant difference between CRFT and 12-step self-help groups for reported levels of drug or alcohol use<sup>40</sup>. However, Kirby and colleagues (1999) found statistically significant changes from baseline for both groups in relation to carer problems and psychological functioning. In contrast, Meyers and colleagues (2002) found no statistically significant differences (after Bonferroni corrections for multiple testing) in changes from baseline at 12-month follow-up. In the case of the 5-step intervention Copello and colleagues (2009) on two primary outcomes related to physical and psychological health and coping, no statistically significant differences were found between the full intervention and the guided self-help conditions for both physical and psychological health (WMD - 0.23; 95% CI, -4.11 to 3.65) and coping (WMD -0.12; 95% CI, -5.42 to 5.19).

#### *Clinical summary*

For both community reinforcement and family training and 5-step intervention, there were no statistically significant differences found between these more intensive interventions and self-help (that is, 12-step self-help groups and guided self-help). It appears that self-help interventions are as effective as more intensive psychological interventions in reducing stress and improving psychological functioning for carers and families of people who misuse drugs and alcohol.

GRADE table for self-help vs self-help intervention (from:

<http://guidance.nice.org.uk/CG115/Guidance/Appendices/18c/pdf/English>)

<b>Amount of alcohol consumed at 7 to 12-month follow-up – number of standard drinks per week at 9-month follow-up (Better indicated by lower values)</b>		
SMD 0.54 lower (95%CI 1.06 to 0.02 lower)	High quality of evidence	1 RCT
<b>Amount of alcohol consumed at 7 to 12-month follow-up - number of DDD at 9-month follow-up (Better indicated by lower values)</b>		
SMD 0.19 lower (95%CI 0.7 lower to 0.32 higher)	Moderate quality of evidence	1 RCT
<b>Amount of alcohol consumed &gt;12-month follow-up - number of standard drinks per week at 23-month follow-up (Better indicated by lower values)</b>		
SMD 0.45 lower (95%CI 0.97 lower to 0.07 higher)	Moderate quality of evidence	1 RCT
<b>Amount of alcohol consumed &gt;12-month follow-up - number of DDD at 23-month follow-up (Better indicated by lower values)</b>		
SMD 0.1 lower (95%CI 0.61 lower to 0.41 higher)	Moderate quality of evidence	1 RCT
<b>Attrition at 23-month follow-up</b>		
RR 0.91 (95%CI 0.53 to 1.55); 34 fewer per 1000 (95%CI from 180 fewer to 211 more)	Moderate quality of evidence	1 RCT

References (cited from : NCCMH, 2008)

- NCCMH. Drug misuse. Psychosocial interventions. CG 51. London: National Institute of Clinical Excellence, 2008.
- Kirby KC, Marlowe DB, Festinger DS, et al. Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: a unilateral intervention to increase treatment entry of drug users. *Drug and Alcohol Dependence* 1999; 56: 85–96.
- Meyers RJ, Miller WR, Smith JE, et al. A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned significant others. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002; 70: 1182–1185.
- Copello AG, Templeton L, Orford J, et al. The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative: a randomized trial. *Addiction* 2009; 104: 49–58.

### **Recommendation 16**

*Work with parents or carers, education welfare services, children's trusts, child and adolescent mental health services, school drug advisers or other specialists to:*

- *provide support (schools may provide direct support)*
- *refer the children and young people, as appropriate, to other services (such as social care, housing or employment), based on a mutually agreed plan. The plan should take account of the child or young person's needs and include review arrangements.*

The source guideline (UK009) states that this recommendation is based on IDE (inference derived of the evidence).

### **Recommendation 17**

*Motiverende gespreksvoering dient te worden ingezet bij alle psychosociale behandelingen van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid, ongeacht de ernst van de afhankelijkheid.*

#### **GRADE 1B**

The source guideline (NL001) found strong evidence to support that, in non-clinical populations, motivational interviewing is more effective compared to no treatment. Motivational interviewing is as effective as other brief interventions and extended active psychological interventions (Miller, 2002; Burke, 2003; Rubak, 2005; Vasilaki, Hosier & Cox, 2006). This would match GRADE A. However we downgraded it to GRADE B as there are no indications that these studies were conducted in adolescents. A recent review found evidence that motivational interviewing is effective to treat adolescent alcohol misuse (Barnett et al 2012). Although this is direct evidence, the lack of information on methodological quality prohibits an upgrade.

The evidence is valid and coherent.

#### Evidence summary

##### *Effectiveness of motivational interviewing compared to other or no intervention*

Note: Most studies reported here lack information on setting and participants with respect to age, sex and ethnicity.

Burke et al. (2003) performed a meta-analysis of interventions based on motivational interviewing, for which they also compared effect sizes between motivational interviewing interventions and no intervention and other interventions, respectively. Their analysis includes all available studies on alcohol and other addictive behavior. Many of these studies were conducted in the addiction care, but some studies were performed in general hospitals and in primary care. Their conclusions on the basis of the sixteen selected studies on alcohol misuse was that these interventions have a small impact compared to no treatment ( $d^1=.25$  vs.  $d=.09$ ) (this is smaller than drugs, and larger than with tobacco), and no greater effect (but also no smaller) than other treatments. The comparison did show that the duration of motivational interviewing interventions was significantly shorter than the alternatives and also that effects faded less quickly in time. Therefore the authors concluded that motivational interviewing is considerable cost effective.

Burke found that a longer (over one hour) motivational interviewing interventions were more effective compared to shorter versions (( $d=0.84$  VS  $d=0.14$ ;  $p=.855$ ). In contrast to previous assumptions, the severity of dependency was not associated with the size of the effects. Outcome measures included a reduction in alcohol use, and abstinence which should last for at least 3 months (most studies have longer follow-up).

Rubak et al. (2005) performed a meta-analysis of all available RCTs on the effectiveness of motivational interviewing in brief interventions compared to traditional advice, for example to stop harmful alcohol use. 28

---

<sup>1</sup> d represents difference in terms of standard deviations of the outcome (number of days abstinent, number of glasses per week, etc). 0,25-0,75 is a moderate effect and > 0,75 is large. For a moderate effect, about 60% of patients score above the median and 40% scores below. For a small size, the numbers are close to 50%, for a large effect, the numbers increase. See Lipsey, M.W. & Wilson, D.B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181-1209; Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

of 72 studies handled alcohol misuse, mostly conducted in a research setting. Results for motivational interviewing which should last for at least 3 months were significantly better in 80% compared to traditional advice. The mean difference was 14 glasses per week. No studies showed iatrogenic effects of motivational interviewing. Remarkable finding was that academic professionals such as doctors and psychologists had a higher success rate (about 80%) compared to nurses and other non-academic professionals (about 46%).

Vasilaki et al. (2006) conclude in their meta-analysis of 22 studies about the use of motivational interviewing as brief intervention (50-90 minutes) for harmful drinking that the total effect on long term was small ( $d=0.18$ ) but that the effect size at short term (<3 months) was 0.60. The effects are larger in subgroups of serious addicted drinkers. Motivational interviewing is effective for drinkers who are seeking treatment but also as opportunistic intervention. Motivational interviewing is effective compared to no treatment as well as compared to other brief interventions.

These conclusions are similar to those of Miller and Wilbourne (2002) who ranked 17 methodological sound RCTs on the effectiveness of motivational interviewing for alcohol misuse. Motivational interviewing was ranked second based on effect size. It was ranked after brief interventions. If one looks at the subgroup of clinical populations, brief interventions were ranked number one, and motivational interviewing came on number eleven. Dunn et al. (2001) found motivational interviewing based interventions effective for substance misuse and dependence in their meta-analysis of 29 studies. Effects were highest if the motivational interview interventions were performed before a more intensive treatment. The increase in reduction in alcohol use was 56%.

There is evidence that motivational interviewing is more effective than other psychosocial interventions (Holder, 1998).

#### *Effectiveness of motivational interviewing prior to a treatment*

Although 2 RCTs (Bien et al., 1993; Brown & Miller, 1993) showed that one session of motivational interviewing prior to a clinical treatment of alcohol dependent persons substantially increased the effectiveness with respect to quantity and number of days drinking ( $d=0.99$ ), this result was maintained during following in one of two studies only (Brown & Miller, 1993).

Conclusion: There is some evidence that motivational interviewing prior to a clinical treatment increases its effectiveness (Brown & Miller, 1993; Bien et al., 1993b).

#### Update of evidence review

One systematic review summarized the effects of motivational interviewing (MI) interventions for substance misuse in adolescents (Barnett et al, 2012). 39 studies were included of which 9 targeted alcohol use, 10 tobacco use, 9 marijuana use and 13 substance use. All studies on alcohol misuse were RCTs but quality differed between these studies. The authors used a continuous measure of quality, summing the presence of reported use of a manual, MI training/supervision, and coding for fidelity. One study reported no criteria, 6 studies reported 1, 1 study reported 2 and 1 study reported 3. More details on study quality were not reported specifically for the studies on alcohol misuse, therefore the level of evidence was classified as 'low'.

Overall 67% of studies reported statistically significant improved substance use outcomes (alcohol  $n=7$ , tobacco  $n=6$ , marijuana  $n=7$ , substance use  $n=8$ ). Chi square results show no significant difference between interventions using feedback or not, or interventions combined with other treatment versus MI alone. Comparisons of different modalities suggest that 1) involving parents may improve results, 2) there is no difference between telephone or in-person follow-ups, and 3) providing feedback face-to-face is superior to computerized feedback.

## References

- Barnett E, Sussman S, Smith C et al. Motivational interviewing for adolescent substance use: A review of the literature. *Addictive Behav* 2012; 37: 1325-34.

Cited from NL001:

- Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993b; 88: 315–336.
- Brown JM, Miller WR. Impact of motivational interviewing on participation in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviours* 1993; 7: 211–218.
- Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71(5): 843-61.
- Dunn Ch, Deroo L, Rivara F. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: a systematic review. *Addiction* 2001; 96: 1725–1742.
- Holder HD. Cost benefits of substance abuse treatment: an overview of results from alcohol and drug abuse. *J Ment Health Policy Econ* 1998; Mar;1(1):23-29.
- Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction* 2002, 97, 265–277.
- Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, and Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice* 2005; 305-312.
- Vasilaki EI, Hosier SG, Miles Cox W. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking. A Meta-analytic review. *Alcohol & Alcoholism* 2006; 41 (3): 328–335.

## **Recommendation 18**

*Zelfhulp materialen dienen ruim beschikbaar te worden gesteld.*

### **GRADE 1B**

The source guideline (NL001) found strong evidence that disseminating self-help materials result in an important reduction of harmful alcohol use. The size is about several glasses a day and remains at least several months (Apodaca & Miller, 2003). This would match GRADE level A. We downgraded to B as there was no evidence that these studies included adolescents (indirectness of evidence).

The evidence is valid and coherent.

### Evidence summary

Apodaca and Miller included 22 studies in their meta-analysis in which they compared dissemination of self-help materials compared to no intervention of other interventions. In almost all cases this refers to the dissemination of materials in clinical settings. The weighted pre and post effect size was 0.80 for individuals who sought the intervention by themselves and 0.65 for opportunistically identified individuals. Comparing self-help interventions to no treatment results in a weighted mean effect size of 0.31 for individuals who sought the intervention themselves. The effect was not measurable in opportunistically identified individuals. Comparing self-help material to a more intensive intervention results in no differences or a slight negative effect.

### References (cited from: NL001)

- Apodaca RT, Miller WR. A meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. *Journal of Clinical Psychology* 2003; 59 (3): 289-304.

### **Recommendation 19**

*For people who are alcohol dependent but not admitted to hospital, offer advice to avoid a sudden reduction in alcohol intake (While abstinence is the goal, a sudden reduction in alcohol intake can result in severe withdrawal in dependent drinkers) and information about how to contact local alcohol support services.*

The source guideline (UK003) did not present clear evidence for this recommendation. Therefore we assumed this was based on consensus.

### **Recommendation 20**

*Extended brief interventions with young people aged 16 and 17 years*

- *Ask the young person's permission to arrange an extended brief intervention for them.*
- *Appropriately trained staff should offer the young person an extended brief intervention.*
- *Provide information on local specialist addiction services to those who do not respond well to discussion but who want further help. Refer them to these services if this is what they want. Referral must be made to services that deal with young people.*
- *Give those who are actively seeking treatment for an alcohol problem a physical and mental assessment and offer, or refer them for, appropriate treatment and care.*

### **GRADE 1C**

The source guideline (UK 004) found some evidence for the effectiveness of brief interventions . This matches with GRADE C.

The evidence is valid but not coherent as the conclusions of the studies were inconsistent.

#### Evidence summary

The source guideline states that the following evidence statements were used for this recommendation: 5.1, 5.2, 5.5, 5.6, 5.7, 5.9, 5.10, 5.11, 7.3, 7.4, 7.5, 7.7, e5.1; modelling statements M2, M3. However, these were not judged to be relevant. Statement 6.5 was considered relevant and is presented instead.

#### Evidence statement 6.5

Three systematic reviews were identified (D'Onofrio & Degutis, 2002; Hunter et al., 2004; Tait and Hulse, 2003) that presented limited evidence for the effectiveness of brief interventions in young people (aged up to 25 years). Of eight identified RCTs of the effectiveness of alcohol brief interventions in young people (delivered in non-educational settings), four studies showed some statistically significant beneficial outcomes (Bailey et al., 2004; Spirito et al., 2004; Monti et al., 1999 and 2004). However, a further study reported increased alcohol consumption among adolescents as a consequence of brief intervention (Boekeloo et al., 2004). The remaining RCTs did not present any statistically significant differences between treatment groups. The evidence base for the effectiveness of alcohol brief interventions among young people was therefore inconclusive.

#### Evidence update

One recent systematic review determined the effectiveness of emergency department (ED)-based brief interventions (BI) for adolescents (Newton et al, 2013). Nine trials were included. RCTs were assessed for risk of bias in 6 domains: sequence generation, allocation concealment, blinding, completeness of outcome data,

outcome reporting and other sources of bias. Two trials with low risk of bias, 2 trials with unclear risk of bias, and 5 trials with high risk of bias were included.

Four studies evaluated targeted BIs for alcohol-positive (n = 3) and alcohol/other drug-positive youth (n = 1) and 5 assessed universal BIs for youth reporting recent alcohol (n = 4) or cannabis use (n = 1). Few differences were found in favor of ED-based BIs, and variation in outcome measurement and poor study quality precluded firm conclusions for many comparisons. Universal and targeted BIs did not significantly reduce alcohol use more than other care. In one targeted BI trial with high risk of bias, motivational interviewing (MI) that involved parents reduced drinking quantity per occasion and high-volume alcohol use compared with MI that was delivered to youth only. Another trial with high risk of bias reported an increase in abstinence and reduction in physical altercations when youth received peer-delivered universal MI for cannabis use. In 2 trials with unclear risk of bias, MI reduced drinking and driving and alcohol-related injuries after the ED visit. Computer-based MI delivered universally in 1 trial with low risk of bias reduced alcohol-related consequences 6 months after the ED visit.

The authors conclude that clear benefits of using ED-based BI to reduce alcohol and other drug use and associated injuries or high-risk behaviours remain inconclusive because of variation in assessing outcomes and poor study quality. This review does not necessitate changes to the recommendation as there is no reason to recommend brief interventions in emergency departments.

### References

- Newton AS, Dong K, Mabood N et al. Brief emergency department interventions for youth who use alcohol and other drugs. *Pediatric Emergency Care* 2013; 29 (5): 673-84.

(cited from UK004)

- D'Onofrio G and Degutis LC. Preventive care in the emergency department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Academic Emergency Medicine* 2002; 9(6):627-38. (Systematic review, +)
- Hunter Fager J and Mazurek Melnyk B. The effectiveness of intervention studies to decrease alcohol use in college undergraduate students: an integrative analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2004; 1(2): 102-119. (Systematic review, +)
- Tait RJ and Hulse GK. A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug. *Drug and Alcohol Review* 2003; 22 (3): 337-346. (Systematic review, ++)
- Bailey KA, Baker AL, Webster RA, Lewin TJ. Pilot randomized controlled trial of a brief alcohol intervention group for adolescents. *Drug & Alcohol Review* 2004; 23 (2): 157-166. (RCT, +)
- Spirito A, Monti PM, Barnett NP, Colby SM, Sindelar H, Rohsenow DJ, Lewander W, Myers M, Spirito A. A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *Journal of Pediatrics* 2004; 145 (3): 396-402. (RCT, ++)
- Monti PM, Colby SM, Barnett NP, Spirito A, Rohsenow DJ, Myers M, Woolard R, Lewander W. Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol.* 1999 Dec; 67(6):989-94. (RCT, ++)
- Monti PM, Barnett NP, Colby SM, Gwaltney CJ, Spirito A, Rohsenow DJ and Woolard R. Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking. *Addiction* 2007; 102 (8): 1234-1243. (RCT, ++)
- Boekeloo BO, Jerry J, Lee-Ougo WI, Worrell KD, Hamburger EK, Russek-Cohen E, Snyder MH. Randomized trial of brief office-based interventions to reduce adolescent alcohol use. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2004; 158 (7): 635-642. (RCT, ++)

### **Recommendation 21**

*For children and young people aged 10–17 years who misuse alcohol offer:*



- *individual cognitive behavioural therapy for those with limited comorbidities and good social support*
- *multicomponent programmes (such as multidimensional family therapy, brief strategic family therapy, functional family therapy or multisystemic therapy) for those with significant comorbidities and/or limited social support.*

## **GRADE 2C**

The source guideline (UK 005) states that there is weak evidence that supports the effectiveness of individual therapy for alcohol misuse in young people. This matched GRADE C.

The evidence is valid but not coherent because the participant population in the majority of these studies did not reach inclusion criteria for drinking severity and could not be classified dependent/harmful while this is the target group of the recommendation. Also, the majority handles drug misuse (of a combination of alcohol and drug misuse) and less often alcohol misuse.

The authors of the source guideline (UK005) stated that there was some evidence for individual interventions such as CBT and less so for MET. There was stronger evidence for the use of multi-component interventions such as MST, FFT, SBSFT, and MDFT but little evidence to determine whether one of other of the interventions had any advantage over the other.

### Evidence summary

As part of the overall search for effective individual, group and multi-component psychosocial interventions for children and young people, the authors of the source guideline (UK005) conducted a systematic review of published systematic reviews (in part to take account of the complex comorbidity) of interventions for young people who misuse drugs and alcohol and also RCTs of psychosocial interventions for children and young people for alcohol misuse specifically. The literature search identified a number of primary studies investigating the efficacy of psychological therapies for children and young people. However, the participant population in the majority of these studies did not reach inclusion criteria for drinking severity and could not be classified dependent/ harmful. Studies were searched up to March 2010

### *Narrative review*

This review of the effective psychosocial interventions for children and young people should be read in conjunction with the review of brief interventions contained in the NICE public health guidance (NICE, 2010a; <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=49007>; review 6) and the review of psychological interventions for adults contained in within this guideline (<http://guidance.nice.org.uk/CG115/Guidance/pdf/English>; chapter 6). A limited number of studies, specifically on alcohol focused interventions, have been undertaken for children and young people. However, a number of studies have considered the treatment of conduct disorder in the presence of drug or alcohol misuse. In light of this significant comorbidity, in addition to the two guidelines referred to above, the authors of the source guideline (UK005) also drew on other recent NICE guidelines, specifically the review of conduct disorders for adolescents contained within the NICE guideline on ASPD (NICE 2008) and three other systematic reviews (Waldron and Kaminer, 2004); Perepletchikova et al., 2008; Tripodi et al., 2010). Individual and group based therapies and multi-component interventions used in the treatment of alcohol dependence and harmful alcohol use in children and young people were considered in the review of the evidence.

### *Individual and group psychological interventions*

The public health guidelines on the prevention of alcohol related problems in adults and young people (NICE 2010a) and also the NICE public health guidance on community interventions for vulnerable young adults (NICE, 2007b) , recognise the value of individual and/or group cognitive behavioral therapy (CBT). A number of

studies which assess the use of individual or group based psychological therapies have been identified and reviewed (Waldron and Kaminer, 2004; Perepletchikova et al., 2008; Tripodi et al., 2010).

In a recent systematic review, Tripodi and colleagues (2010) conducted a metaanalysis of experimental studies (including RCTs) evaluating both individual/group based interventions collectively (brief interventions, motivational enhancement therapy (MET) and CBT) as well as family-based therapies with a focus on reducing alcohol misuse. However, of these studies, only a limited number of trials evaluated the use of CBT (with an emphasis on relapse prevention) and MET in a sample of children or young people identified with harmful or dependent drinking, the specific focal point of this guideline. The review consisted of 16 studies (14 RCTs, 2 were quasi-experimental) assessing both individual/ group treatment and multi-component therapies. Ten of these included studies assessed individual/group treatment. However, of the studies included in the meta-analysis, the main issues encountered were that the included studies are concerned with individuals who did not meet criteria for harmful drinking or alcohol dependence (n=1); were with a participant population with a significant comorbid psychiatric disorder (n=2); and in the majority of cases, the focus was not specifically on alcohol misuse, but rather on substance misuse more generally (n=7).

The results of this meta-analysis showed a significantly large effect in drinking reduction for individual interventions (Effect Size = -0.75; 95% CI, -1.10 to -0.40) However, the meta-analysis did not distinguish between different types of individual interventions in pooled analyses therefore other reviews which focused on specific interventions were considered.

#### *Motivational interviewing*

Both the NICE prevention of alcohol related problems in adults and young people (NICE 2010a) and also the NICE public health guidance on community interventions for vulnerable young adults consider the evidence for brief motivational techniques (motivational interviewing and motivational enhancing techniques). Motivational interviewing and other brief interventions may serve to heighten motivation, increase self-efficacy, and provide personalised feedback and education tailored to specific substances and comorbid problems such as psychiatric disorders. The evidence for this is mainly from the adult literature though there is an emerging albeit still limited literature for adolescents where modifications of motivational interviewing or motivational enhancement techniques for adolescents have shown promise for both evaluation and treatment (Colby et al., 1998; Monti et al., 1999).

However, a more recent review by Perepletchikova and colleagues (2008) reported uncertain outcomes for MET when used alone for alcohol use disorders (this is consistent with the approach to harmful and dependent alcohol misuse identified for adults in this guideline). There is some evidence to suggest that motivational techniques when combined with CBT may be effective, for example in the Cannabis Youth Trial (CYT; Dennis et al., 2004), although this population were predominately diagnosed as dependent on cannabis.

#### *Cognitive behavioural therapy*

Waldron and Kaminer (2004) in a review of CBT approaches to substance use disorders (more broad than just alcohol misuse) concluded that individual CBT treatment may be effective in reducing substance misuse as well as other related problems. They also made a number of suggestions about the adaptation of CBT approaches to young people, addressing developmental stages and levels of maturity. This review reported that CBT in group format was as effective as individual therapy. CBT has been applied both in individual and group modalities in combination with family approaches and MET. Interventions with the adolescent alone (for example, CBT or CBT plus MET) have been reported as effective (Dennis et al., 2004; Kaminer and Burleson, 1999; Kaminer et al., 1998). However, much of the evidence base is from approaches dealing with comorbidity such as conduct disorders, and anxiety and affective disorders where information on the extent and severity of alcohol misuse specifically is lacking. Perepletchikova and colleagues (2008) in a subsequent review considered 5 studies looking at the effectiveness of CBT in the reduction of alcohol use disorders, three of which were of CBT alone, one evaluated an integrated family and group CBT approach and one looked at efficacy of CBT on reduction of substance use in those with comorbid conduct disorder.

Again it appears that the data is primarily concerned with children and young people who did not have a high severity of alcohol misuse.

Kaminer and colleagues (2002) in one of the few studies that had a more substantial proportion of participants with alcohol dependence randomised participants to CBT or a psychoeducational therapy. Of 88 included participants, 12.5% (n=11) had an alcohol use disorder only and 60% (n=53) had an alcohol disorder as well as marijuana use disorder. Of these 64 participants with an alcohol use disorder, 58% met criteria for abuse and 42% for dependence (DSM III-R; American Psychiatric Association, 1987). The authors reported that there were reductions across both therapies in alcohol use. At three months alcohol use had improved significantly and to 9 months showed continued improvement. Substance use also showed a positive trend towards improvement. Kaminer and colleagues (2008) only included participants who meet DSM-IV criteria for alcohol dependence, although 81.8% of the sample also used marijuana. However, all participants received CBT and the focus on the study was on aftercare.

Although the primary focus of comorbidity has been on individuals with conduct disorder, a few studies have also examined the problems presented by co-occurring common mental health disorders, such as depression and anxiety. One study evaluated the efficacy of an integrated 20-week programme of CBT with case management in a population of substance abusing young people (aged between 15 and 25 years). Sixty-three percent of the sample met criteria for alcohol dependence.

Treatment resulted in a significant improvement in abstinence rates as well as a reduction in the number of participants meeting diagnostic thresholds for dependence. These positive effects were also observed at 44 week follow-up. This study (like others) evaluates the effectiveness of psychological interventions for young people include participants whom are over the age of 18 years. However, this age-range makes interpretation of data sets such as this difficult.

*Evidence summary individual and group psychological interventions:* The evidence reviewed using these systematic reviews and primary studies suggests that although there has been recent progress in the development of individual or group psychological treatment of alcohol dependence and harmful alcohol use in children and young people no individual treatment has a convincing evidence base for harmful use of dependence. In some respect is in line with the adult literature and findings of our own meta-analyses where a number of structured treatments including CBT, behaviour therapy and social network behaviour therapy had some benefits for harmful and mildly dependent drinkers but it was not possible to distinguish between them on the basis of the current available evidence. The issue is further complicated by the fact that many of the trials evaluating the efficacy of these intervention, and representative of this population, involved participants with comorbid substance misuse.

#### Evidence update

One recent systematic review evaluated interventions delivered outside educational settings, designed for young people with existing alcohol use problems, or who participate in behaviour that places them at high risk of alcohol-related harm. The review included nine studies. The methodological quality of existing studies is variable. Particular problems include the lack of blinding outcome assessors, a reliance solely on self-report measures, highly variable consent and follow-up rates, infrequent use of intention-to-treat analyses and the absence of any economic or cost analyses.

Due to the generally weak methodological quality of the included studies, especially their susceptibility to intervention confounding and lack of blinding, the effect sizes are likely to be biased and therefore were not summarized. A meta-analysis using the most commonly reported outcomes was explored but judged inappropriate, given the variability between studies in the outcomes reported.

The authors concluded that despite their methodological limitations, the studies identified by this systematic review represent best evidence for the effectiveness of interventions for young people with existing alcohol use problems or who participate in behaviour that places them at high risk of harm. The most promising approaches to reduce such harms are CBT, family therapy and community reinforcement.

The review supports the current content of the recommendation, and does not necessitate changes as it would not change its content or the level of evidence.

### References

- Calabria B, Shakeshaft AP and Havard A. A systematic and methodological review of interventions for young people experiencing alcohol-related harm. *Addiction* 2011; 106: 1406-18.

(cited from: UK005)

- Colby SM, Monti P, Barnett N, et al. Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking; a preliminary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998; 66: 574–578.
- Dennis M, Godley SH, Diamond G, et al. The Cannabis Youth Treatment study: main findings from two randomised trials. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2004; 27: 197–213
- Kaminer Y and Burleson JA. Psychotherapies for adolescent substance abusers: 15-month follow-up of a pilot study. *American Journal on Addictions* 1999; 8: 114 – 119.
- Kaminer Y, Burleson J, Blitz C, et al. Psychotherapies for adolescent substance abusers: a pilot study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1998; 186: 684–690.
- Kaminer Y, Burleson J and Goldberger R. Cognitive behaviour coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2002; 190: 737–745
- Monti P, Colby S, Barnett NP, et al. Brief interventions for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting & clinical psychology* 1999; 67: 989-994.
- NICE clinical guideline 77. Antisocial personality disorder: treatment, management and prevention. London: National Institute for Clinical Excellence, 2009.
- NICE public health guidance 24. Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking. London: National Institute for Clinical Excellence, 2010a.
- NICE public health guidance 4. Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people. London: National Institute for Clinical Excellence, 2007b.
- Perepletchikova F, Krystal JH and Kaufman J. Practitioner review: adolescent alcohol use disorders: assessment and treatment issues. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49: 1131–1154.
- Tripodi SJ, Bender K, Litschge C, et al. Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: a meta-analytic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010; 164: 85–91.
- Waldron HB and Kaminer Y. On the learning curve: the emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction* 2004; 99(Suppl. 2): 93–105.

### **Multicomponent treatment**

Family involvement has been shown to be positively associated with improved outcomes on domains and level of engagement of the young person (Dakof et al., 2001). This involvement is multi-fold and aims:

- to obtain (depending on consent of the child and capacity) any necessary consent to treatment
- to engage the support of the family in the treatment process
- to obtain more information on the assessment of the child’s alcohol use and general functioning
- to ascertain possible family involvement in parent training, coping skills and problem solving approaches to parenting, and more formal involvement in specific family programmes.

Common elements identified for review in these programmes include:

- comprehensive assessment and monitoring

- a focus on engagement of individuals (and usually their families) in treatment an explicit linking of goals and interventions at all levels of the system
- a goal-focused approach to treatment of family substance misuse,
- the involvement of the family aimed at improving family communication problem solving and parenting skills
- the provision of individual interventions, again often focused on coping skills identified for the child or young person.

The programmes also require staff who are experienced and highly trained clinicians (all were graduates, most had masters or doctoral degrees).

Although there are many approaches to family intervention for substance misuse treatment, they have common goals: providing education about alcohol and drug misuse; improve motivation and engagement; assisting in achieving and maintaining abstinence; setting consistent boundaries and structure; improving communication, and providing support. Family interventions are the most evaluated modality in the treatment of adolescents with substance use disorders. Among the forms of family based interventions are functional family therapy (Alexander et al., 1990); brief strategic family therapy (Szapocznik et al., 1988), multisystemic therapy (Henggeler et al., 1992) and multidimensional family therapy (Liddle et al., 1999). An integrated behavioural and family therapy model that combines a family systems model and CBT has also been developed (Waldron et al., 2001). These interventions fall broadly under what would be called a systemic approach. They do not focus explicitly on the provision of specified individual interventions but rather it is for the therapist, in conjunction with their supervisor, to develop the specific therapeutic approach in light of the identified needs of the young person. Some trials, such as the large trial of cannabis misuse and dependence (Dennis et al., 2004), have focused on the provision of a systemic approach (in this case MDFT) but have also provided a specified range of psychological interventions such as MET, the development of a family support network including parental education, and the development of conditioning models from children in the community.

#### *Effectiveness of multi-component interventions*

The GDG used the NICE ASPD guideline (NICE, 2009) review of family interventions and multi-systematic therapies for the treatment of conduct disorder in evaluating the effectiveness of multi-component interventions for children and adolescents. The primary focus of the ASPD review was on a reduction in offending behaviour but all the interventions, in particular BSFT and MDFT, had an explicit focus on substance misuse. The current guideline utilises the definitions from the ASPD guideline.

In the ASPD guideline, the meta-analysis of 11 trials assessed the effectiveness of family interventions. The results of the meta-analysis showed that family interventions are more effective than control for reducing both behavioural problems (SMD -0.75; -1.19 to -0.30) and offending (RR -0.67; 0.42 to 1.07).

Furthermore, 10 trials on multisystemic therapy that met the inclusion criteria for the review were analysed. There was significant heterogeneity for most outcomes; however, there was consistent evidence of a medium effect on reduction in offending outcomes including number of arrests (SMD -0.44; -0.82 to -0.06) and being arrested (RR 0.65; 0.42 to 1.00).

In a recent meta-analysis, Tripodi and colleagues (2010) evaluated six trials of multicomponent and family-based interventions in the systematic review. However, none of these trials were focused specifically on alcohol misuse, and in two of the trials, only approximately 50% of the sample met criteria for alcohol dependence and harmful alcohol use. The overall findings were in line with the NICE ASPD guideline (NICE, 2009). The review did however reports that that multi-component family therapies were effective in reducing drinking in adolescents (Hedges  $g = -0.46$ , 95% CI, -0.66 to -0.26). Perepletchikova and colleagues (2008) reviewed the evidence of family therapies specifically on alcohol use, although some of the family therapies did

include substance use disorders. The types of family therapies evaluated included: multi systemic therapy, multidimensional therapy, brief family therapy, functional family therapy and strength oriented family therapy. The review reported that multi-component therapy again showed some benefits over standard group therapy for substance misuse and criminal activity outcomes.

#### *Summary multicomponent treatment*

The evidence for the use of multi-component interventions demonstrates clear benefits on offending behaviour and promising results for the reduction of alcohol and drug misuse. As was found with the individual- or group-based interventions, much of the research focuses on children and young people with substance use disorders and who are more likely have comorbid psychiatric disorders. Although not specifically focused on alcohol this does not significantly detract from their applicability to this guideline as comorbidity with conduct disorder and poly-drug use is a common feature amongst adolescents with significant alcohol misuse. The research to date does not however favour one particular multi-component intervention over another for the treatment for alcohol use disorders.

#### *From evidence to recommendations*

The evidence base is limited for the treatment of alcohol misuse in children and young people. As a consequence, the authors of the source guideline (UK005) were required to extrapolate from a number of datasets and sources that did not directly address the treatment of alcohol use disorders in children and young people. This included data on adults with alcohol use disorders, as well as children and young people with substance misuse, conduct disorder and ASPD. The authors of the source guideline considered this to be justified approach as there is an urgent need to provide recommendations for the treatment of the increasing problem of alcohol misuse in children and young people. In extrapolating from these data sets the authors of the source guideline adopted a cautious approach, recognising that as new evidence emerges the recommendations in this guideline will need revision. Despite limited evidence a reasonably clear picture emerged about the effectiveness of interventions to promote abstinence and prevent relapse in children and young people. There was some evidence for individual interventions such as CBT and less so for MET. There was stronger evidence for the use of multi-component interventions such as MST, FFT, SBSFT, and MDFT but little evidence to determine whether one of other of the interventions had any advantage over the other. This evidence also mirrored the evidence for effectiveness in adults The authors of the source guideline therefore decided that both types of intervention should be made available with CBT reserved for case where comorbidity is not present or of little significance but where it is present, multi-component interventions should be adopted.

#### References (cited from: UK005)

- Dakof GA, Tejada M, Liddle HA. Predictors of engagement in adolescent drug abuse treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(3): 274-81.
- Alexander JF, Waldron HB, Newberry A et al. The functional family therapy model. In *Family Therapy for Adolescent Drug Abuse* (eds A. S. Friedman & S. Granick), pp. 183–200. Lexington, MA: Lexington Books. 1990.
- Szapocznik J, Rio A, Murray E. et al. Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 57: 571–578.
- Henggeler SW, Melton GB and Smith LA. Family preservation using multisystematic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992; 60: 953–961.
- Liddle HA. A Multidimensional Model for Treating the Adolescent Drug Abuser. In *Empowering Families, Helping Adolescents: Family-Centered Treatment of Adolescents with Mental Health and Substance Abuse Problems*; Snyder W, Ooms T, Eds.; U.S. Government Printing Office: Washington, DC, 1999; 91–100.

- Waldron HB, Slesnick N, Brody JL, et al. Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001; 69: 802-813.
- Dennis M, Godley SH, Diamond G, et al. The Cannabis Youth Treatment study: main findings from two randomised trials. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2004; 27: 197–213
- NICE clinical guideline 77. Antisocial personality disorder: treatment, management and prevention. London: National Institute for Clinical Excellence, 2009.
- Tripodi SJ, Bender K, Litschge C, et al. Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: a meta-analytic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010; 164: 85–91.
- Perepletchikova F, Krystal JH and Kaufman J. Practitioner review: adolescent alcohol use disorders: assessment and treatment issues. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49: 1131–1154.

## Appendix B1. Methods and results of literature update

### Search strategy

We searched Medline (using Pubmed), the Cochrane Database of Systematic Reviews and the Database of Reviews of Effects (DARE) in November 2013.

The following search strategy was used:

1. substance-related disorders [MeSH] OR alcohol drinking [MeSH] OR street drugs [MeSH] OR designer drugs [MeSH] OR cannabis [MeSH] OR marijuana smoking [MeSH] OR heroin [MeSH] OR opium [MeSH] OR cocaine [MESH] OR amphetamines [MeSH] OR cannabis OR marijuana OR heroin OR opium OR cocaine OR amphetamine\$ OR speed OR ecstasy
2. abuse\$ OR misuse\$ OR use\$ OR dependen\$ OR drink\$ OR smoke\$
3. adolescent [MeSH] OR adolescent\$ OR teenager\$ OR teen\$ OR young OR youth\$
4. treatment OR management OR therapy OR diagn\$ OR screen\$ OR intervention\$

The search terms were combined with the boolean operator AND. The results were limited with the broad filter to select systematic reviews and to publication date of 2007 or later.

### Inclusion criteria

The following criteria were used to select review:

1. The design was a systematic review, meaning that a systematic search and an assessment of study quality were performed.
2. The interventions had to be related to screening, diagnosing and treating alcohol and drug misuse. Interventions on tobacco were allowed if more than half of the studies were on alcohol or illicit drugs.
3. The studies were on adolescents, i.e persons aged 12-18 years. Reviews were excluded if more than half of the studies include predominantly older or younger participants (mean >18 yrs).

### Results

The searches yielded 403 records. 365 were excluded based on title and abstract and 38 records were screened based on full text. Twenty-six were excluded, 16 because the review did not (primarily) focus on adolescents, 9 because the reviews were not considered to be systematic reviews and 1 because it was relevant to the prevention of substance misuse (see list of excluded reviews). Twelve reviews were included, 4 on alcohol misuse, 7 on drug misuse and 1 on both alcohol and drug misuse.

A number of relevant reviews were already included in one of the guidelines. These were:

- Tripodi SJ, Bender K, Litschge C, et al. Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: a meta-analytic review. Arch Pediatr Adolesc Med 2010; 164: 85–91.



- Dhalla S, Zumbo BD, Poole G. A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999-2010. *Curr Drug Abuse Rev* 2011; 4(1): 57-64

The other relevant reviews were assessed whether their results and conclusion would change the recommendations either on content or with respect to the level of evidence. Recommendations could be changed when the review's conclusions did not support the recommendation or when they would provide more detailed recommendations. The level of evidence could be changed if the conclusion of the review is a higher grade/level of evidence or the conclusion was derived in more direct studies (i.e. in studies in adolescents compared to studies in adults).

#### *Guideline on alcohol misuse*

The following five new systematic reviews were identified:

- Newton AS, Gokiart R, Mabood N et al. Instruments to detect alcohol and other drug misuse in the emergency department: a systematic review. *Pediatrics* 2011; 128 (1): e180.
- Kelleher DC, Renaud EJ, Ehrlich PF et al. Guidelines for alcohol screening in adolescent trauma patients: A report from the Pediatric Trauma Society Guidelines Committee. *J Trauma Acute Care Surg* 2013; 74: 671-82.
- Barnett E, Sussman S, Smith C et al. Motivational Interviewing for adolescent substance use: A review of the literature. *Addictive Behav* 2012; 37: 1325-34.
- Newton AS, Dong K, Mabood N et al. Brief emergency department interventions for youth who use alcohol and other drugs. *Pediatric Emergency Care* 2013; 29 (5): 673-84.
- Calabria B, Shakeshaft AP and Havard A. A systematic and methodological review of interventions for young people experiencing alcohol-related harm. *Addiction* 2011; 106: 1406-18.

None of the reviews necessitate changes to the recommendations. A summary of the reviews is integrated in the evidence summary.

## Appendix B2. Evidence with regard to treatment of withdrawal symptoms

### Recommendation 22

*Behandeling op basis van het beloop van de onthoudingsverschijnselen, onder monitoring van die verschijnselen met behulp van de CIWI-AR, wordt aanbevolen.*

The source guideline (NL001) does not report evidence for this recommendation.

### Recommendation 23

*Langwerkende benzodiazepinen worden aanbevolen als middel van eerste keuze bij alcohol detoxificatie.*

#### GRADE 1B

The authors from the source guideline (NL001) report that there is strong evidence that benzodiazepines are effective to reduce alcohol withdrawal symptoms and to prevent seizures. This would match with GRADE A. However, the GRADE was downgraded to B because there is no evidence that the studies included young people.

The evidence is valid but not coherent because it is not clear whether the results of the studies support the conclusions.

The source guideline also found strong evidence that carbamazepine is effective in the prevention of the novo seizures. The combination of benzodiazepines and carbamazepine does not have any added value above these medicines alone. (Hillbom et al., 2003) and that lorazepam is effective in the prevention of recurrent seizures during the same withdrawal session in patients who did not receive any benzodiazepines (D'Onofrio et al., 1999; Mayo-Smith, 1997).

#### Evidence summary

Several meta-analyses and systematic reviews found benzodiazepines more effective than placebo for more serious types of alcohol withdrawal. The withdrawal symptoms decrease and the risk of complications and cognitive impairments decrease (Mayo-Smith, 1997; Lejoyeux et al., 1998; Williams and McBride, 1998; Holbrook et al., 1999; Kosten and O'Connor 2003; Shand et al., 2003).

Studies that compare several types of benzodiazepine show that all are equally effective in reducing withdrawal symptoms. Long lasting benzodiazepines may be more effective to prevent seizures and delirium tremens but these advantages need to be weighed against the risk of accumulation in persons with poor liver functioning (Mayo-Smith, 1997; Kosten and O'Connor, 2003). Oxazepam and lorazepam can be used in patients with severe liver impairment because these short-lasting benzodiazepines are metabolized in the liver by other enzyme systems. These enzyme systems are less sensitive of alcohol-induced liver damage. Also, short-lasting benzodiazepines have a decreased risk of oversedation (Schaffer et al., 1998; Boonstra, 2003).

The application of benzodiazepines based on symptoms instead of a fixed dosing schedule shortens the treatment duration and the total dose of benzodiazepine needed to prevent withdrawal symptoms (Saitz et al., 1994). This study did not include persons with a history of seizures and/or delirium. The study of Daepfen, that provided oxazepam guided by withdrawal symptoms, did include such patients and results remained the same (Daepfen et al., 2002). This method requires regular and good observation.

### *Treatment of complications: insults*

Hillbom et al. (2003) performed a meta-analysis that included multiple RCTs on the effectiveness of several pharmacological interventions to prevent seizures in persons with and without previous seizures. This meta-analysis showed that benzodiazepines decrease the frequency of de novo seizures from 8% to 3%. Especially, long-lasting benzodiazepines reduced the emergence of de novo seizures significantly. Anti-convulsants appeared to be as effective as benzodiazepines. Combining both medicines did not further increase the effectiveness (Hillbom et al., 2003).

This meta-analysis also shows that antipsychotics are less effective compared to benzodiazepines to prevent alcohol withdrawal seizures. Two studies (although dating from 1965 and 1969) even found that antipsychotics increased risk of seizures during alcohol detoxification compared to placebo.

One RCT showed that lorazepam is effective in preventing recurrent seizures in patients who did not yet receive benzodiazepines during the same detoxification session (D'Onofrio et al., 1999). Mayo-Smith came to the same conclusion in their review (Mayo-Smith, 1997).

### References (cited from: NL001)

- Boonstra, M. Medicamenteuze ondersteuning bij de behandeling van alcoholafhankelijkheid. *Geneesmiddelenbulletin* 2003; 37:47-56.
- Daepfen J-B, Gache P, Landry U, Sekera E, Schweizer V, Gloor S, Yersin B. Symptom-triggered versus fixed-schedule doses of benzodiazepine for alcohol withdrawal. *Arch Intern Med* 2002; 162: 1117-1121.
- Hillbom M, Pieninkeroinen I, Leone M. Seizures in alcohol-dependent patients. *CNS Drugs* 2003; 17:1013-1030.
- Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal. *CMAJ* 1999; 160: 649-655.
- Kosten T and O'Connor P. Management of drug and alcohol withdrawal. *N Engl J Med* 2003; 348: 1786-1794.
- Lejoyeux M, Solomon J and Ades, J. Benzodiazepine treatment for alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol* 1998; 33: 563-575.
- Mayo-Smith M. Pharmacological management of alcohol withdrawal. *JAMA* 1997; 278: 144-151.
- Shand F, Gates J, Fawcett J, Mattick RP. The treatment of alcohol problems: a review of the evidence. National Drug and Alcohol Research Centre. , Australia: Department of Health and Ageing, 2003.
- Schaffer A, Naranjo CA. Recommended drug treatment strategies for the alcoholic patient. *Drugs* 1998; 56 (4): 571-584.
- Saitz R, Mayo-Smith MF, Roberts MS, Redmond HA, Bernard DR, Calkins DR. Individualized treatment for alcohol withdrawal. A randomized double-blind controlled trial. *JAMA* 1994, 272: 519-523.
- Williams D, McBride A. The drug treatment of alcohol withdrawal symptoms: a systematic review. *Alcohol Alcohol* 1998; 33: 103-115.

### **Recommendation 24a**

*In people with delirium tremens, offer oral lorazepam as first-line treatment. If symptoms persist or oral medication is declined, give parenteral lorazepam, haloperidol or olanzapine.*

The source guideline (UK003) states that this recommendation is based on consensus.
---

### Summary of evidence

The authors of the source guideline performed a systematic search for the following question: "What is the safety and efficacy of a) neuroleptic agents, promazine hydrochloride, haloperidol, clozapine, risperidone,

olanzapine, quetiapine) versus placebo b) other neuroleptic agents c) neuroleptic agents in combination with benzodiazepines (diazepam, chlordiazepoxide, alprazolam, oxazepam, clobazam, lorazepam) for patients with delirium tremens? No relevant papers were identified for this question.

The authors of the source guideline considered the clinical and cost-effectiveness evidence for the treatment of delirium tremens under circumstances where the treatment for withdrawal prescribed has not been effective (break through) or the patient presents with established symptoms having not received treatment. The clinical evidence review found no papers to inform the discussion so any recommendations are based on experience and consensus.

The authors of the source guideline noted that people experiencing delirium tremens are often distressed. It is important to provide treatment urgently. As it is unclear when the initial management regimen will become effective, the clinician will need to administer a drug that will work until the point the initial regimen takes over. As there was no clinical evidence showing preference for one agent over another the GDG agreed on consensus that symptoms should be relieved using oral lorazepam in the first instance. If symptoms are severe or oral medication is declined, parenteral lorazepam, haloperidol or olanzapine may be used.

The authors of the source guideline felt that olanzapine has a better side effect profile than lorazepam and haloperidol, especially in high doses, which is the case here. In spite of the additional cost associated with parenteral olanzapine compared to lorazepam and haloperidol, the overall cost-impact of giving this treatment is likely to be small because this indication often only required a single dose, and the number of patients that may require this treatment are few, especially if used as a second-line treatment for agitation.

#### **Recommendation 24b**

*If delirium tremens develops in a person during treatment for acute alcohol withdrawal, review their withdrawal drug regimen.*

The source guideline (UK003) does not present any evidence for this recommendation. Therefore we assumed this was based on consensus.

#### **Recommendation 25a**

*In people with alcohol withdrawal seizures, consider offering a quick-acting benzodiazepine (such as lorazepam) to reduce the likelihood of further seizures.*

#### **GRADE 1C**

The source guideline (UK003) presents 1 RCT that shows that lorazepam is effective to reduce seizures. However, based on the guideline we cannot assess the methodological quality of that study. This would match GRADE B. We downgraded to C because the study did not include young people (indirect evidence).

The evidence is valid and coherent.

#### Summary of evidence

One meta-analysis (N=4 placebo-controlled randomised trials) was identified addressing the management of recurrent seizures in patients with acute alcohol withdrawal (Hillbom et al., 2003). One trial (N=188, level 1+) 43 in the meta-analysis compared lorazepam 2mg with saline in patients presenting to the emergency department after a witnessed generalised seizure. Patients were observed for a minimum seizure-free period

of 6 hours. The number of patients needed to be treated with lorazepam to prevent one seizure is five (95%CI 3.2 to 8.5). None of the evidence reviewed included people from the young adult population.

Further discussion revolved around the issues of treating an acute seizure and preventing further seizures in those patients who present having had a seizure. The authors of the source guideline noted that the evidence considered was obtained from people not receiving any treatment for acute alcohol withdrawal but who presented to Accident and Emergency following an initial alcohol withdrawal related seizure. In spite of this, the authors of the source guideline thought that the evidence could be extrapolated to those patients that have had a seizure on a withdrawal regimen.

The evidence included a low quality meta-analysis with no assessment of individual study quality. The evidence did not report any adverse events or complications associated with lorazepam.

The D'Onofrio study (1999) showed that lorazepam was superior to placebo in preventing further seizures. It was noted that this study excluded people after enrolment if they required treatment for moderate to severe withdrawal.

#### References (cited from: UK003)

- Hillbom M, Pieninkeroinen I and Leone M. Seizures in Alcohol-Dependent Patients: Epidemiology, Pathophysiology and Management. CNS Drugs 2003; 17(14):1013-1030.
- D'Onofrio G, Rathlev NK, Ulrich AS et al. Lorazepam for the prevention of recurrent seizures related to alcohol. New England Journal of Medicine 1999; 340(12):915-919.

#### **Recommendation 25b**

*If alcohol withdrawal seizures develop in a person during treatment for acute alcohol withdrawal, review their withdrawal drug regimen.*

The source guideline (UK003) states this recommendation is based on consensus.

#### Summary of evidence

The authors of the source guideline (UK003) discussed the difference between preventing seizures, treating a patient during a seizure and preventing recurrent seizures. It was noted that effective treatment of acute alcohol withdrawal will result in the prevention of seizures. As such, a seizure in a patient during treatment can be considered as a treatment failure. The authors of the source guideline therefore agreed that it was important to emphasize the need to review a patient's treatment regimen if they develop a seizure as this may be due to a sub-optimal level of initial treatment.

#### **Recommendation 25c**

*Do not offer phenytoin to treat alcohol withdrawal seizures.*

#### **GRADE 1B**

The authors of the source guideline (UK003) found strong evidence that lorazepam but not phenytoin compared to placebo is effective to treat withdrawal seizures. The number of patients needed to be treated with lorazepam to prevent one seizure is five (95%CI 3.2 to 8.5) This would match GRADE A.

The GRADE level was downgraded to B because there were no studies on young people (indirectness of evidence).

The evidence is valid and coherent.

### Evidence summary

The authors of the source guideline performed a systematic review on the safety and efficacy of benzodiazepines versus a) placebo b) other benzodiazepines c) other anticonvulsants for the prevention of recurrent seizures during acute alcohol withdrawal?

One meta-analysis (N=4 placebo-controlled randomised trials) was identified addressing the management of recurrent seizures in patients with acute alcohol withdrawal (Hilblom et al., 2003). Level 1+

One trial (N=188) (D'Onofrio et al., 1999) in the meta-analysis compared lorazepam 2mg with saline in patients presenting to the emergency department after a witnessed generalised seizure. Patients were observed for a minimum seizure-free period of 6 hours. Three trials in the meta-analysis (N=252 patients in total) compared phenytoin with placebo (Alldredge et al., 1989; Chance 1991; Rathlev et al., 1994). Two of the studies observed patients for a minimum seizure-free period of 6 hours (Chance 1991; Rathlev et al., 1994) and in the remaining study for 12 hours (Alldredge et al., 1989) Level 1+

All of the studies recruited patients who presented to an emergency department with a seizure thought to be related to acute alcohol withdrawal and were therefore not on medication for treatment of this condition. The question addressed here is how to manage patients who have been started on a treatment regimen for acute alcohol withdrawal but who then have a seizure presumed to be withdrawal-related.

### *From evidence to recommendations*

Further discussion revolved around the issues of treating an acute seizure and preventing further seizures in those patients who present having had a seizure. The authors of the source guideline noted that the evidence considered was obtained from people not receiving any treatment for acute alcohol withdrawal but who presented to Accident and Emergency following an initial alcohol withdrawal related seizure. In spite of this, the authors of the source guideline thought that the evidence could be extrapolated to those patients that have had a seizure on a withdrawal regimen.

It is rare for an alcohol withdrawal seizure not to be self-limiting, so the clinical question had been posed to determine how to manage a patient who has had a seizure. Specifically, it had been posed to determine if benzodiazepines or anticonvulsants were efficacious in this clinical situation.

The evidence included a low quality meta-analysis with no assessment of individual study quality. The evidence did not report any adverse events or complications associated with lorazepam.

The D'Onofrio study (1999) showed that lorazepam was superior to placebo in preventing further seizures. It was noted that this study excluded people after enrolment if they required treatment for moderate to severe withdrawal. As such, the authors of the source guideline recognised significant limitations with the study as it does not reflect the population in the UK that usually needs treatment to prevent recurrent seizures.

The authors of the source guideline considered it important that the three studies comparing phenytoin with placebo reported no significant differences in the incidence of recurrent seizures.

None of the evidence reviewed included people from the young adult and older adult populations.

### References (cited from: UK003)

- Hillbom M, Pieninkeroinen I and Leone M. Seizures in Alcohol-Dependent Patients: Epidemiology, Pathophysiology and Management. *CNS Drugs* 2003; 17(14):1013-1030.
- D'Onofrio G, Rathlev NK, Ulrich AS et al. Lorazepam for the prevention of recurrent seizures related to alcohol. *New England Journal of Medicine* 1999; 340(12):915-919.
- Alldredge BK, Lowenstein DH, Simon RP. Placebo-controlled trial of intravenous diphenylhydantoin for short-term treatment of alcohol withdrawal seizures. *American Journal of Medicine* 1989; 87(6):645-648.

- Chance JF. Emergency department treatment of alcohol withdrawal seizures with phenytoin. *Annals of Emergency Medicine* 1991; 20(5):520-522.
- Rathlev NK, D'Onofrio G, Fish SS et al. The lack of efficacy of phenytoin in the prevention of recurrent alcohol-related seizures. *Annals of Emergency Medicine* 1994; 23(3):513-518.