

Guide de bonne pratique pour la prévention de l'abus d'alcool et de drogues chez les adolescents (Révision de la version finale)

Pour le groupe d'étude ADAPTE-youth

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

Table des matières

Partie A. Recommandations

Vue d'ensemble des recommandations pour les différents environnements	2
1.1. Introduction	3
1.2. Quelles sont les interventions efficaces en milieu scolaire ?	13
1.3. Quelles sont les interventions efficaces en contexte communautaire ?	18
1.4. Quelles interventions axées sur la famille sont efficaces ?	20
1.5. Quelles sont les mesures de politique efficaces ?	22
Références	24

Partie B. Justification du guide de bonne pratique (revue de la littérature)

2.1 Introduction	26
2.2 Which school-based interventions are effective?	34
2.3 Which community-based interventions are effective?	40
2.4 Which family-based interventions are effective?	42
2.5 Which policy interventions are effective?	46



Guide de bonne pratique pour la prévention de l'abus d'alcool et de drogues chez les adolescents (Révision de la version finale)

Pour le groupe d'étude ADAPTE-youth

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

Table des matières

Partie A. Recommandations

Vue d'ensemble des recommandations pour les différents environnements	2
1.1. Introduction	3
1.2. Quelles sont les interventions efficaces en milieu scolaire ?	13
1.3. Quelles sont les interventions efficaces en contexte communautaire ?	18
1.4. Quelles interventions axées sur la famille sont efficaces ?	20
1.5. Quelles sont les mesures de politique efficaces ?	22
Références	24

Partie B. Justification du guide de bonne pratique (revue de la littérature)

<i>2.1 Introduction</i>	26
<i>2.2 Which school-based interventions are effective?</i>	34
<i>2.3 Which community-based interventions are effective?</i>	40
<i>2.4 Which family-based interventions are effective?</i>	42
<i>2.5 Which policy interventions are effective?</i>	46

Vue d'ensemble des recommandations pour les différents environnements

	Milieu scolaire	Contexte communautaire, famille, politique
Prévention universelle*	<p>1a Faire en sorte que l'éducation relative à l'alcool et aux autres drogues fasse partie intégrante du programme des cours.</p> <p>1b Adapter l'éducation concernant l'alcool et les autres drogues à l'âge des jeunes et tenir compte de la différence quant aux besoins en matière d'apprentissage.</p> <p>1c Pour l'enseignement à l'école sur l'alcool et les autres drogues, introduire une approche impliquant tous les acteurs (direction, enseignants, parents, élèves).</p> <p>1d Si c'est indiqué, conseiller aux parents les sources où ils pourront trouver plus d'informations et de l'aide.</p> <p>3 Développer des partenariats avec les acteurs externes importants en vue de l'éducation concernant l'alcool et les autres drogues à l'école. Se concerter à ce propos avec les parents et les jeunes. Évaluer ces partenariats quant à leur fonctionnement.</p>	<p>Mesures de politique</p> <p>7 Augmenter le prix de l'alcool.</p> <p>8a Nous conseillons d'exposer les jeunes le moins possible à la publicité pour l'alcool.</p> <p>8b Nous conseillons d'effectuer une analyse coût-bénéfices de l'interdiction totale de la publicité pour l'alcool.</p>
	Prévention sélective et indiquée*	<p>2a Aux jeunes que l'on suspecte de boire de l'alcool en quantités néfastes ou de consommer d'autres drogues, donner un conseil minimal individuel.</p> <p>2b Si c'est indiqué, adresser ces jeunes directement aux services externes.</p> <p>2c Respecter la réglementation concernant la protection des droits des jeunes.</p>

* Une prévention universelle est axée sur les jeunes dans leur ensemble. Une prévention sélective et indiquée est axée sur des groupes ou des personnes présentant un risque élevé d'un abus d'alcool ou de drogues

1.1 Introduction

Chez les jeunes, la consommation d'alcool et de drogues est fréquente. L'alcool est la substance la plus utilisée. En Flandre, 89% des jeunes ont déjà bu de l'alcool à 16 ans, 38% consommant plus de cinq verres par occasion (ESPAD, 2011). En Wallonie, 16% des filles et 32% des garçons consomment de l'alcool chaque semaine (Currie, 2012). De toutes les drogues, le cannabis est le plus utilisé. Parmi les jeunes de 15 ans, en Flandre, 17% des filles et 23% des garçons ont déjà utilisé le cannabis, et, en Wallonie, 18% des filles et 23% des garçons (Currie, 2012). Après le cannabis, c'est la cocaïne qui est la drogue la plus utilisée parmi les jeunes.

Risques et conséquences

Les jeunes représentent un groupe fort vulnérable lorsqu'il s'agit d'alcool et d'autres drogues. D'une part, ils ont, vu le stade de développement biologique dans lequel ils se trouvent, tendance à vouloir expérimenter avec ces substances. Ils courent d'autre part plus de risques vu les effets de ces substances sur le cerveau en plein développement (Adviescommissie kwetsbare jeugd & verslaving (Commission consultative Jeunes vulnérables et assuétude), 2011). Binge drinking ou hyperalcoolisation, comportement fréquent parmi les jeunes, est un phénomène fort dangereux. La grande quantité d'alcool consommée peut entraîner des lésions cérébrales et dans des cas extrêmes le décès.

A court terme, la consommation régulière ou exagérée d'alcool et des autres drogues a des répercussions négatives sur la condition physique des jeunes ainsi que sur leur situation psychosociale. L'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, sur une longue période 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). En outre, 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). On sait que le cannabis perturbe provisoirement les fonctions cognitives, notamment la mémoire à court terme et la concentration. Les prestations scolaires peuvent donc s'en ressentir immédiatement, d'autant que la consommation de cannabis peut encore avoir un effet sur d'autres fonctions mentales (Kinable, 2008).

A plus long terme, il y a un risque de dépendance, avec une série de problèmes physiques et psychosociaux. Certains jeunes, en raison d'une série de facteurs, présentent un risque accru de faire une consommation abusive de substances et/ou d'être dépendants. On observe, en particulier chez ces jeunes vulnérables, un rapport entre l'abus d'alcool et d'autres drogues et la présence de problèmes dans d'autres domaines, comme des problèmes psychiatriques, un comportement délinquant et des difficultés socioéconomiques (Adviescommissie kwetsbare jeugd & verslaving (Commission consultative Jeunes vulnérables et assuétude), 2011).

Facteurs de risque

Qu'un jeune se mette ou non à consommer de la drogue dépend d'un grand nombre de facteurs. Souvent, il n'est pas possible de prédire qui, parmi les jeunes, fera une consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues et qui s'en abstiendra. Suivant le modèle MMM (*Middel* (substance), *Milieu* (environnement), *Mens* (personne)), l'utilisation (problématique) d'alcool ou d'autres drogues est liée à trois facteurs associés : 1. la **substance**, l'une comportant plus de risques qu'une autre, 2. l'**environnement**, à savoir l'environnement physique et social dans lequel les jeunes consomment ou non, y compris le comportement des modèles ; les interactions sociales au sein de la famille ou de la sous-culture ainsi qu'avec les amis et les autres jeunes de leur âge, et 3. la **personne**, sa personnalité, ses valeurs et normes, son âge, sa vulnérabilité biogénétique et sociétale face aux effets de l'alcool ou des drogues. Ces trois facteurs interagissent les uns avec les autres et, ensemble, déterminent si un jeune va ou non consommer de l'alcool ou d'autres drogues (texte de la VAD (Association flamande pour les problèmes d'alcool et autres drogues) concernant la vision sur la prévention).

Motivation du guide de bonne pratique

La Belgique accorde beaucoup d'attention aux problèmes d'alcool et aux problèmes liés aux autres drogues parmi les jeunes. Dans divers lieux comme les écoles et les associations récréatives, des programmes ont lieu avec pour objectif de prévenir les problèmes provenant de la consommation de drogues. Différentes initiatives ont été lancées sur le thème de l'intervention précoce. La cohérence entre les différentes initiatives de prévention ainsi que leur base scientifique vont vraisemblablement en accroître l'efficacité. L'on s'attend à ce que ce guide de bonne pratique contribue à une politique de prévention cohérente et étayée en matière de consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes.

Objectifs du guide de bonne pratique

Les recommandations dans ce guide de bonne pratique sont indicatives et ont pour but de servir de fil conducteur lors des prises de décisions dans les secteurs belges des soins de santé, de la sécurité sociale ainsi que dans les écoles et au niveau de la société, en matière de stratégies préventives efficaces pour les jeunes présentant des problèmes d'alcool ou d'autres drogues. Elles visent l'amélioration de la qualité des interventions de prévention chez les jeunes et constituent un point de référence lors de la prise de décisions concernant des mesures pour prévenir l'abus d'alcool et de drogues parmi les jeunes. Le bénéfice escompté est l'amélioration de la qualité des soins prodigués à ces jeunes grâce à ce guide de bonne pratique.

Ces guides de bonne pratique décrivent les interventions de prévention qui, du point de vue scientifique, sont les mieux adaptées aux jeunes dans leur ensemble. Ceci ne représente pas forcément la meilleure intervention pour un jeune particulier. Le jeune et ses parents ou soignants sont des partenaires à part entière dans les prises de décisions concernant les interventions de prévention. Il se peut que, sur la base d'une série d'arguments, le travailleur de prévention et le jeune optent pour une autre stratégie que celles qui sont décrites ici.

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 problème particulier, celui-ci

n'est pas non plus repris dans ce guide de bonne pratique, comme par exemple la prévention dans les loisirs. Pour ce qui est de la recherche scientifique, il s'agit surtout de recherches dans le domaine de l'abus d'alcool. On dispose actuellement de plus de données probantes dans le domaine de la prévention de la consommation problématique d'alcool que dans le domaine de la prévention de la consommation problématique de drogues.

Toutefois, la recherche scientifique portant sur la prévention des problèmes liés à l'alcool ou d'autres drogues parmi les jeunes est un domaine en plein développement, de sorte que le guide de bonne pratique et la liste des recommandations pour une question de prévention particulière n'est pas exhaustive. En d'autres termes, si une stratégie particulière ne figure pas dans ce guide de bonne pratique ou parmi les recommandations, cela ne signifie pas pour autant qu'elle ne devrait pas être appliquée ou qu'elle ne serait pas efficace (mais bien que son efficacité **n'a pas encore été prouvée**).

Il est donc important de continuer à développer et évaluer de nouveaux programmes. Pour le moment, ceux qui ne trouvent pas dans ce guide de bonne pratique les points de référence utiles pour leur propre situation de pratique, mais qui veulent contribuer au développement d'initiatives de prévention selon les bonnes pratiques peuvent prendre comme points de référence les critères de la norme européenne en matière de prévention des drogues établie par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT ou EMCDDA en anglais) (EMCDDA, Prevention Standards Partnership, 2011). Une liste développée à partir de ces normes mentionne les exigences minimales de qualité pour les initiatives de prévention (Uchtenhagen et Schaub, 2011). Il est en outre possible d'avoir recours aux normes internationales pour la prévention de la consommation abusive de drogues (UNODC, 2013).

Prévention : interventions basées sur les preuves (evidence-based) versus interventions conformes aux bonnes pratiques (good practice)

Les interventions de prévention basées sur les preuves sont des interventions avec lesquelles les effets désirés ont été constatés. Aucun critère ne détermine comment procéder à la constatation de ces effets. Selon les principes des travaux basés sur les preuves, on utilise la meilleure preuve disponible. Les interventions de prévention conformes aux bonnes pratiques sont des interventions avec lesquelles les effets désirés sont escomptés. Elles peuvent se fonder par exemple sur un modèle théorique ou sur des hypothèses et des suppositions qui sont acceptées de manière générale à partir des recherches antérieures.

Prévention : abstinence versus limitation des dommages/réduction des risques

La prévention peut se faire selon différents points de vue. Elle peut, d'une part, être axée sur l'abstinence, les jeunes étant encouragés à ne pas consommer ou à consommer le plus tard possible. Elle peut, d'autre part, lorsque l'arrêt de la consommation à un moment déterminé n'est pas réalisable, être axée sur la limitation des dommages / la réduction des risques, tant pour le jeune lui-même que pour son environnement. Entre ces deux extrêmes, d'autres points de vue sont possibles, à savoir : retarder le comportement d'expérimentation (retarder l'âge auquel le jeune se met à consommer), encourager un comportement responsable et/ou stimuler une approche précoce (VAD, texte concernant la vision sur la prévention). Ce guide de pratique n'opte pas pour un point de vue déterminé, mais part du principe que le travailleur de prévention, en concertation avec le jeune, choisit ce qui convient le mieux en fonction de la drogue consommée, de l'environnement et des caractéristiques personnelles du jeune (substance, environnement, personne).

Contexte

Ce guide de bonne pratique présente un intérêt pour toutes les structures d'assistance et professions en contact avec des jeunes en Belgique et qui leur donnent des conseils de prévention en matière d'alcool et de drogues. Il s'agit des groupes suivants : travailleurs de prévention, les professionnels de la santé actifs au premier échelon de soins (y compris les services d'urgence) ou dans des institutions ambulatoires ou résidentielles, éducateurs de rue, conseillers en prévention, travailleurs sociaux ((Centre de Conseil de la Jeunesse (JAC, pour « Jongeren Advies Centrum »), CPAS), 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, 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 travailleur de prévention devrait les exécuter et comment une intervention doit être transposée dans le contexte local. Une autre précision des recommandations a été examinée et explorée mais avéré impossible en raison de (1) un manque d'études scientifiques, (2) il n'est pas traduisible entre les modèles de déploiement par les guides de bonne pratique d'autres pays dans le contexte belge et (3) de facteurs locaux dans les compétences disponibles, les effectifs, les ressources, les réseaux existants (pour plus d'informations, voir la justification du guide de bonne pratique). 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. Il est recommandé de définir, à un niveau local entre les travailleurs et les différents environnements comment interpréter et mettre en œuvre les recommandations de ce guide de bonne pratique. Des centres d'expertise pour la prévention au niveau communautaire peuvent jouer un rôle important.

Population cible

Ce guide de bonne pratique concerne les jeunes âgés de 12 à 18 ans et comprend des recommandations tant pour les jeunes qui ne consomment pas encore d'alcool ou de drogues que pour ceux qui présentent un risque accru de problèmes liés à l'alcool ou à d'autres drogues. Il existe deux guides de bonne pratique interconnectés : un sur le dépistage, l'évaluation et le traitement des jeunes présentant un abus d'alcool (ADAPTE-youth 1) et un sur le dépistage, l'évaluation et le traitement des jeunes présentant un abus de drogues (ADAPTE-youth 2). Il sera mentionné lorsque les recommandations sont spécifiques à une partie de ce groupe, par exemple les jeunes entre 12 et 16 ans. Le travailleur de prévention devra vérifier si une recommandation peut s'appliquer à un autre groupe cible.

Comme il s'agit de mineurs, les travailleurs de prévention 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 travailleurs de prévention et les intervenants peuvent donner des conseils et apporter de l'aide pour améliorer les compétences parentales en matière d'éducation.

Questions en matière de prévention

Le guide de bonne pratique entend répondre aux questions suivantes qui portent sur la prévention d'un abus d'alcool et de drogues parmi les jeunes :

1. Quelles sont les interventions efficaces en milieu scolaire ?
2. Quelles sont les interventions efficaces en contexte communautaire ?
3. Quelles interventions axées sur la famille sont efficaces ?
4. Quelles sont les mesures de politique efficaces ?

Ces questions ont été rédigées par un panel d'experts de la prévention de l'abus d'alcool et des autres drogues chez les jeunes (voir Cadre 1). Ce panel a formulé, pour chaque question, des critères de jugement prioritaires, à savoir : encourager, soutenir et maintenir l'abstinence, retarder le comportement d'expérimentation, favoriser les comportements responsables (comportement positif), développer la prise de conscience du problème, réduire les dommages et stimuler la prise en charge thérapeutique précoce. Ces points n'ont cependant pas pu être mentionnés dans le guide de bonne pratique parce que les réponses apportées par les guides de bonne pratique sélectionnés n'atteignaient pas ce niveau de détail. En outre, nous voulions examiner, pour chaque objectif, quels étaient les éléments efficaces de ces programmes en termes de contenu (sous-groupes), d'application (qui applique l'intervention), de processus (à quels facteurs de risques ou à quels facteurs protecteurs correspondent-ils) ou de stratégie. Cependant, ici non plus, les réponses apportées par les guides de bonne pratique sélectionnés n'étaient pas assez détaillées. Les autres questions étaient les suivantes :

- A partir de quel âge les interventions sont-elles efficaces ?
- Quelles sont les interventions efficaces pour influencer les facteurs (innés et liés à l'environnement) associés à un risque élevé d'abus d'alcool ou d'autres drogues par les jeunes ?
- Comment adapter les soins ?

Aucune information scientifique n'a été trouvée à ce sujet non plus dans les guides de pratique examinés. Ce qui confirme bien la nécessité d'investir dans des études fondamentales sérieuses portant sur l'efficacité de la prévention.

Structure du document

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 qui 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, provenant du guide de bonne pratique utilisé comme source et/ou avancé par les experts ou par les acteurs de la phase pilote.

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 quant à leur pertinence et leur applicabilité dans le contexte belge toutes les recommandations des guides de pratique sélectionnés par le groupe des auteurs. 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.

Comme seulement trois guides de bonne pratique ont satisfait à nos exigences de qualité prédéfinies, nous avons encore, à titre expérimental, exploité deux autres sources d'informations pour ce guide de bonne pratique. Les résultats obtenus n'y ont pas été mentionnés parce que la réponse aux questions portant sur la prévention n'était pas meilleure. La méthode suivie est décrite dans la partie B, qui comporte aussi un résumé des résultats.

Cadre 1. Composition du panel

Le panel, dont les membres ont assisté à au moins une assemblée, était constitué des personnes suivantes :

Experts sur le fond :

1. Freek Stevens (Formation et entraînement des responsables, Scouts et Guides)
2. Trees Ameloot (Médecine préventive Centre d'encadrement des élèves (CLB), Vrije CLB koepel (Coupole libre des CLB))
3. Geertrui de Ruytter (Directeur, Conseil flamand de l'enseignement)
4. Dominique Roos (Directeur, PISAD (Provinciaal Interbestuurlijk Samenwerkingsverband voor Aanpak van Drugsmisbruik), Oudenaarde)
5. Leen Derrooms (Travailleur de prévention tabac, alcool et drogues, Centre de santé mentale Ahasverus, Asse)
6. Johan Van de Walle (Travailleur de prévention, De Sleutel, Gand)
7. Christophe Kino (Travailleur de prévention, Centre de santé mentale Eclips, Gand)
8. Marc Tack (coordinateur CAT Preventiehuis, Centre de santé mentale Eclips, Gent)
9. Caroline Costers (Collaboratrice de staff, Service de prévention communal de Knokke-Heist)
10. Anne De Smet (Travailleur de prévention, Service intercommunal de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie de Wezenbeek-Oppem, Wemmel, Kraainem, Linkebeek et Drogenbos)
11. Dominique Biétheres (Psychologue, Service Prévention du Centre ALFA, Liège)
12. Sara de Meyer (Coordinatrice, Service municipal Drogues, Anvers)
13. Alexander Witpas (Adjoint au directeur, Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid)

(« assurance soins de santé » en Flandre))

14. Peer van der Kreeft (Maître de conférences de formation pratique, HoGent (Haute École de Gand))

15. Ilse Bernaert (Collaboratrice de staff, VAD)

16. Deux représentants d'Al-Anon (qui souhaitent garder l'anonymat), Association pour parents et amis d'alcooliques, Bruxelles et Anvers

Président, secrétaire et gestionnaire de projets

- Mieke Autrique / David Möbius, Collaborateurs de staff VAD, président

- Trudy Bekkering, épidémiologue, Centre pour la méthodologie de la recherche pédagogique, Université catholique de Leuven (KUL), secrétaire

- Karin Hannes, éducatrice sociale et scientifique médico-sociale, Centre pour la méthodologie de la recherche pédagogique, Université catholique de Leuven (KUL), gestionnaire de projets, présidente remplaçante

Aucun des membres du panel ne déclare avoir de conflit d'intérêt.

Définitions, concepts et abréviations

Jeunes vulnérables : les jeunes présentant un risque fort accru d'abus de substances et de développer un comportement addictif (Adviescommissie Kwetsbare Jongeren, 2011). Chez ces jeunes, on aperçoit une forte concentration de facteurs de risque de consommation problématique de substances et de comportements addictifs. Souvent, il existe un rapport entre les problèmes dans d'autres domaines de vie tels que les problèmes psychiatriques, la délinquance et les conditions socio-économiques moins favorables (sans-abri ou sans-logis).

Les jeunes qui méritent une attention particulière sont les suivants :

- jeunes avec un statut socio-économique faible, qui sont marginalisés ou qui vivent dans la pauvreté.
- jeunes fréquentant des jeunes de leur d'âge qui présentent des comportements délinquants ou déviants.
- jeunes errants.
- jeunes qui se soustraient à l'obligation scolaire et pratiquent l'école buissonnière.
- jeunes ayant des problèmes de santé mentale (régulation des émotions et du comportement), en particulier les jeunes atteints de TDAH qui présentent également un trouble du comportement, une dépression ou un trouble anxieux.
- jeunes ayant commencé la consommation de drogues à une âge précoce.
- enfants de parents toxicomanes ou de parents ayant des problèmes psychiatriques.(Commission consultative Jeunes vulnérables, 2011).

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 » (Source : 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 problématique d'alcool. Il y a de petites différences entre les termes. Le présent guide de

bonne pratique utilise les définitions néerlandaises. Les définitions françaises et anglaises sont examinées dans la partie B.

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

Consommation excessive occasionnelle d'alcool : mode de consommation lié à un risque accru de conséquences néfastes. Cette catégorie s'applique lorsque la consommation d'alcool dépasse les limites d'une certaine norme acceptable, mais sans qu'il n'y ait de pathologie liée à l'alcool. En l'absence d'une norme déterminant à quel moment surviennent des lésions en rapport avec l'alcool chez les jeunes, ce guide de bonne pratique recommande la norme pour une limite acceptable de la consommation d'alcool (voir cadre 3). Elle s'appuie sur des études qui montrent que les jeunes qui boivent présentent un risque accru d'accidents, de blessures et de violence.

Cadre 3. Norme pour les limites acceptables de la consommation d'alcool

Jeunes de moins de 16 ans : pas d'alcool. 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 : 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). L'abus prolongé d'alcool peut aussi avoir des conséquences fâcheuses sur le plan social (Source : Michels, 2011).

Hyperalcoholisation (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 de l'hyperalcoholisation, 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) : « L'hyperalcoholisation 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 » (Source : 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 (Source : Michels, 2011).

Dépendance à l'alcool selon la CIM-10 : « 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 ». 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 » (d'après Michels, 2011).

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*) : 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*) : 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 suppose que les intervenants aient suivi une formation sérieuse et qu'ils aient de l'expérience (Source : Michels, 2011).

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

ADAM	Antwerpse Drug- en Alcohol Monitor
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder (hyperactivité avec déficit de l'attention)
AMJAD	Antwerpse Monitor Jongeren, Alcohol en Drugs
CAW	Centrum voor Algemeen Welzijnswerk (Centre d'aide aux personnes, CAP)
CLB	Centrum voor Leerlingenbegeleiding (centre d'encadrement des élèves)
CPAS	Centre public d'aide sociale
DSM	Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders
ECAT	To Empower the Community in response to Alcohol Threats
EMCCDA	European Monitoring Center for Drug and Drug Abuse
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (projet d'enquête paneuropéenne sur l'alcool et les autres drogues en milieu scolaire)
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (enquête sur les comportements de santé des élèves)
ICD	International Classification of Diseases
JAC	Jongeren Advies Centrum (Centre de Conseil de la Jeunesse)
JEP	Jury d'éthique publicitaire
MILD	Moniteur de politique intégrée (locale) en matière de drogues (Monitor integraal lokaal drugbeleid)
MMM	substance, environnement, personne (Middel, Milieu, Mens)
OMS	Organisation mondiale de la santé
UE	Union européenne
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
VAD	Association flamande pour les problèmes d'alcool et autres drogues (Vereniging voor alcohol en andere drugproblemen)
VLOR	Conseil flamand de l'enseignement (Vlaamse onderwijsraad)

Aide à la lecture

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.

Par « travailleur de prévention », on entend toute personne remplissant ce rôle dans le cadre de sa fonction professionnelle et dans le contexte qui est le sien. A l'école, il peut s'agir d'un enseignant.

Les recommandations pour les interventions en milieu scolaire se fondent sur un guide de bonne pratique existant relatif à l'abus d'alcool. Pour une bonne part, elles s'appuient néanmoins sur des études qui portent sur l'abus d'alcool et aussi d'autres drogues. Il n'y a donc aucune raison de penser qu'en milieu scolaire, les interventions de lutte contre l'alcool ne vaudraient pas aussi pour la lutte contre les drogues. Les recommandations pour les interventions en milieu scolaire ont donc été étendues et concernent maintenant l'alcool ainsi que les autres drogues.

1.2. Quelles sont les interventions efficaces en milieu scolaire ?

Recommandation 1a

Faire en sorte que l'éducation relative à l'alcool et aux autres drogues fasse partie intégrante du programme des cours.

(GRADE 1A)

Argumentaire

Guide de bonne pratique utilisé comme source : Les personnes qui assurent l'éducation doivent avoir la confiance des jeunes concernés et en être respectés. Ces travailleurs de prévention doivent avoir reçu une formation adéquate et être à même de donner des informations précises à l'aide de techniques appropriées.

Panel : L'éducation doit être convertie en un ensemble de cours. En matière d'objectifs finaux, le panel juge insuffisante l'acquisition des connaissances sur la consommation de substances. Il est souhaitable de proposer l'éducation dans un programme de cours organisé selon une progression en spirale. Dans un programme de ce type, un thème revient régulièrement après avoir été discuté une première fois. Il est chaque fois traité plus en détail (avec enrichissement, élargissement en passant d'un niveau au suivant) en prenant en compte les leçons antérieures.

Pour ce qui est des compétences de base, il faudrait rejoindre les objectifs finaux interdisciplinaires et les objectifs de développement pour l'enseignement secondaire (voir

<http://www.ond.vlaanderen.be/curriculum/secundair-onderwijs/vakoverschrijdend/index.htm>)

Acteurs : La majorité des jeunes interrogés ainsi que des parents interrogés estiment que le thème de l'alcool et des autres drogues devrait faire partie d'un ensemble de cours. Les jeunes qui ont été en contact avec l'assistance sociale relative aux drogues trouvaient tous que c'était très important.

Recommandation 1b

Adapter l'éducation concernant l'alcool et les autres drogues à l'âge des jeunes et tenir compte de la différence quant aux besoins en matière d'apprentissage (en tenant compte notamment des facteurs individuels, sociaux et environnementaux). En ce qui concerne la consommation d'alcool, le but du programme doit être d'encourager les jeunes à ne pas boire, de remonter le seuil d'âge auquel les jeunes commencent à boire et de limiter les dommages parmi les jeunes qui boivent. Les programmes pédagogiques doivent :

- accroître les connaissances sur les dommages potentiels de la consommation de substances au niveau physique, mental et social (y compris les conséquences juridiques) ;
- offrir la possibilité d'explorer les attitudes et la perception vis-à-vis de la consommation d'alcool et d'autres drogues ;
- favoriser le développement de l'élaboration des décisions, l'affirmation de soi, les capacités d'adaptation et les compétences verbales et non verbales ;
- contribuer au développement du respect de soi ;
- rendre les jeunes conscients de l'impact des médias, de la publicité, des modèles et de l'avis des parents, des autres jeunes et de la société sur leur consommation de substances.

(GRADE 1B)

Argumentaire

Guide de bonne pratique utilisé comme source : Les auteurs du guide de bonne pratique utilisé comme source reconnaissent que la consommation d'alcool représente la norme culturelle de la plupart des adultes (occidentaux). Certains adultes trouvent normal et acceptable que les jeunes de moins de 18 ans boivent de l'alcool. D'autres estiment que la consommation d'alcool est inacceptable à tous les âges. Lors de l'éducation concernant l'alcool, il est important de faire entrer en ligne de compte les facteurs individuels, sociaux, culturels, économiques et religieux.

Il est vrai que certaines personnes sont plus vulnérables que d'autres, mais il n'est pas indiqué de les considérer comme constituant l'unique groupe cible de la prévention. Les jeunes qui boivent de l'alcool en quantité néfaste sont issus de tous les milieux familiaux et scolaires.

Acteurs : Les travailleurs de prévention ont signalé que les jeunes devraient apprendre qu'il n'est pas évident de faire une consommation modérée d'alcool. A ce propos, ne faudrait-il pas que les jeunes notamment apprennent comment ils doivent se comporter une fois qu'ils « peuvent » boire ? Et lorsqu'ils peuvent boire, quelles sont les implications pour leur vie sociale et pour leur santé ?

Recommandation 1c

Pour l'enseignement à l'école sur l'alcool et les autres drogues, introduire une approche impliquant tous les acteurs (direction, enseignants, parents, élèves). Cette approche met l'accent sur l'importance d'une collaboration entre les enseignants, les parents et les élèves. Elle englobe tous les aspects du thème traité, depuis l'élaboration des stratégies jusqu'au développement professionnel des membres du personnel en passant par le soutien offert à ces derniers.

(GRADE 1B)

Argumentaire

Panel : Il est important que les différents partenaires impliqués se soutiennent mutuellement dans ce domaine. Si le milieu social étendu doit avoir sa place dans les activités scolaires, il faut cependant que soient clairement signifiées les limites pour l'école en ce qui concerne l'implication de l'environnement étendu (y compris la famille). Le site Web du Conseil flamand de l'enseignement sur la politique de santé à l'école propose un exemple de cadre pour une approche intégrale répondant à la politique suivie sur le thème du tabac, de l'alcool et des drogues, tant pour l'enseignement primaire que secondaire en Flandre (**Error! Hyperlink reference not valid.**<http://www.gezondopschool.be/gezondheidsthemas>).

Acteurs : Les travailleurs de prévention ont indiqué que d'autres acteurs faisant partie de l'environnement peuvent aussi avoir un rôle à cet égard, par exemple les autres écoles et les mouvements de jeunesse.

Recommandation 1d

Si c'est indiqué, conseiller aux parents les sources où ils pourront trouver plus d'informations et de l'aide pour le développement des compétences parentales. Ces compétences comprennent les aptitudes à résoudre des problèmes et à communiquer, à mettre des limites aux enfants et à apprendre aux enfants à résister à la pression éventuellement exercée par le groupe des autres enfants qu'ils côtoient.

(consensus)

Argumentaire

Panel : Fournir des informations fait partie du rôle des écoles. Cette recommandation a pour but de favoriser le bien-être des jeunes. A cet égard, l'école et les parents sont des acteurs importants et doivent se considérer comme des partenaires. Toutefois, l'école n'est pas qualifiée pour aider à changer la situation à domicile et elle n'intervient pas dans l'éducation donnée à la maison.

Acteurs : Tous les parents interrogés apprécieraient de recevoir ces informations par le biais de l'école.

Recommandation 2a

Aux jeunes que l'on suspecte de boire de l'alcool en quantités néfastes ou de consommer d'autres drogues, donner un conseil minimal individuel sur les effets néfastes de leur consommation, sur la manière dont ils peuvent réduire les risques et sur les lieux où ils peuvent trouver de l'aide. Leur proposer un entretien de suivi ou une orientation vers les services externes avec lesquels les écoles coopèrent.

(GRADE 1B)

Argumentaire

Panel : Il est important de ne pas abandonner le jeune après une éventuelle orientation. Le suivi du jeune est un présupposé important de l'orientation vers les services externes.

Acteurs : La plupart des jeunes interrogés n'étaient pas d'accord avec ce point, surtout par crainte d'être stigmatisés. Environ un jeune sur deux n'apprécierait pas une orientation vers un autre service. La majorité des jeunes ayant un contact avec l'assistance sociale apprécient de recevoir ce genre d'informations de la part d'un enseignant.

Recommandation 2b

Si le travailleur de prévention estime qu'un conseil minimal ne suffit pas, adresser ces jeunes directement aux services externes (sans conseil minimal préalable).

(consensus)

Argumentaire

Panel : La différence avec la recommandation précédente est que, dans ce cas-ci, l'orientation n'est pas proposée sans engagement. Le travailleur de prévention doit évaluer la gravité des problèmes du jeune et, en fonction du résultat, choisir de conseiller une orientation (recommandation 2a) ou d'adresser directement le jeune à un autre service (recommandation 2b).

Il existe également pour ces jeunes plusieurs services disponibles en ligne, avec des informations et des conseils (<http://www.jeunesetalcool.be/>; www.infordrogues.be; www.druglijn.be).

Recommandation 2c

Respecter la réglementation concernant la protection des droits des jeunes, l'autorisation et la confidentialité. Si possible, impliquer les parents lors de la consultation ou de l'orientation vers les services externes.

(consensus)

Argumentaire

Panel : Ici, c'est le décret relatif aux droits du mineur dans l'aide intégrale à la jeunesse qui est d'application. Les commentaires à ce propos sont donnés ci-dessous (voir Cadre 4).

Acteurs : Tous les parents interrogés aimeraient être mis au courant si leur enfant boit trop à l'école. Ils sont d'avis que les enseignants doivent d'abord essayer de motiver le jeune à le dire de lui-même. Si le jeune ne le fait pas, les parents estiment que c'est le devoir des enseignants d'informer les parents.

Jeunes : Près de la moitié des jeunes interrogés estiment que les enseignants doivent informer les parents s'ils constatent que leur enfant boit trop ou consomme des drogues. Une petite minorité des jeunes interrogés était d'avis que les enseignants doivent motiver les jeunes à le dire d'eux-mêmes à leurs parents. Sur ce point, les jeunes en contact avec l'assistance sociale relative aux drogues avaient des avis divergents. Parmi les jeunes ayant un contact avec l'assistance sociale, la moitié était d'avis que l'enseignant doit motiver les jeunes à le dire eux-mêmes aux parents.

Cadre 4. Résumé du décret relatif au statut juridique du mineur dans l'aide intégrale à la jeunesse

Ce décret traite spécifiquement d'un certain nombre de thèmes importants, à savoir :

- La capacité du mineur : L'article 4 du décret reconnaît que les mineurs peuvent exercer de manière autonome les droits énoncés dans le décret. Les mineurs d'âge sont considérés capables à partir de 12 ans.
- L'intérêt du mineur : Dans chaque situation, on recherche la meilleure solution dans l'intérêt du mineur.
- Le droit au consentement, à l'information et à la communication claire : Le mineur a le droit de connaître toutes les données qui le concernent. Les prestataires de services d'aide doivent fournir les informations spontanément et ne pas attendre que le mineur les demande lui-même.
- Le droit de parole et la participation : Par participation, on entend l'implication active du mineur dans les affaires qui le concernent. Plus le mineur est impliqué, mieux c'est.
- Le dossier d'aide : Chaque mineur qui reçoit de l'aide à droit à un dossier tenu consciencieusement et conservé en lieu sûr. Le dossier est établi par le ou les intervenants, qui l'utilisent comme instrument de travail. L'intervenant y est invité à y faire aussi participer le client mineur.
- Le droit à l'assistance : Le mineur qui recherche de l'aide peut toujours se faire assister par une personne en qui il a confiance. La personne assistant le mineur doit faire partie du personnel de l'école ou être tenue par le secret professionnel.
- Le droit au respect de la vie privée : Le mineur a le droit d'avoir ses opinions, d'avoir sa propre orientation sexuelle et de disposer d'un espace où se retirer (vie privée). Les parents et les travailleurs de prévention doivent toujours respecter la vie privée du mineur.
- Le droit à un traitement humain : Personne ne peut être soumis à un traitement cruel ou humiliant. Toute forme de violence est proscrite. La liberté du mineur ne peut être limitée qu'exceptionnellement et qu'à certaines conditions.

Le décret traite des droits concernant le dossier d'aide où sont conservées les données relatives au mineur. Ceci ne s'applique pas au dossier scolaire, qui contient les évaluations faites à l'école (bulletins), les signalements d'éventuels problèmes scolaires et les documents relatifs au parcours scolaire.

Plus d'informations sur www.rechtspositie.be

Source :

<http://www.steunpuntjeugdhulp.be/?action=onderdeel&onderdeel=145&titel=Juridische+informatie>

Recommandation 3

Développer des partenariats avec les acteurs externes importants en vue de l'éducation concernant l'alcool et les autres drogues à l'école.

- Se concerter avec les familles (parents ou soignants, enfants et jeunes) sur les initiatives visant à réduire l'abus d'alcool et d'autres drogues et à stimuler la participation à ces initiatives.
- En contrôler le travail et l'évaluer et organiser des entretiens sur l'application des bonnes pratiques lors de la mise en place des programmes éducatifs.

(consensus)

Argumentaire

Panel : Le travail sur la santé à l'école a beaucoup plus de chances de réussir si les parents y sont aussi impliqués. Si, à la maison comme à l'école, les jeunes reçoivent les mêmes messages concernant l'abus de substances, l'effet sur leur comportement sera vraisemblablement beaucoup plus fort. L'école et les parents sont des partenaires au profit du bien-être des enfants individuels. Le Conseil flamand de l'enseignement a édité une brochure sur la participation des parents (Meewerken aan het gezondheidsbeleid op school (Participer à la politique de la santé à l'école), Service de documentation pour les parents. Via : <http://www.gezondopschool.be/de-ouderwerking#node-62>).

Comme instruments utiles pour mettre sur pied une intervention de prévention à l'école, citons le cadre de « l'école saine » (Gezondheidsbevordering op school: principes en methodieken (Santé à l'école : principes et méthodologie) via : Een beleid opzetten voor schoolgezondheid (Lancement d'une stratégie pour la santé à l'école) http://www.vigez.be/gezondeschool/thema_s) et le concept « Intervention mapping » de Gerjo Kok (<http://www.interventionmapping.com/>)

1.3 Quelles sont les interventions efficaces en contexte communautaire ?

Les interventions communautaires sont des interventions ou des programmes à petite échelle qui sont menés dans la communauté locale, telle que l'école ou les services pour jeunes. Le but des interventions communautaires est d'influencer les facteurs de risque pour le groupe cible (NICE, 2007b).

Recommandation 4

Groupe cible : les jeunes vulnérables

Développer et mettre en place une stratégie pour lutter contre l'abus d'alcool et de drogues chez ces jeunes. Cette stratégie doit faire partie d'un partenariat local et satisfaire aux conditions suivantes :

- se fonder sur le profil local de la population cible, profil développé en collaboration avec les travailleurs de prévention de la commune. Il doit comprendre l'âge et les facteurs expliquant que ces jeunes doivent être considérés comme vulnérables ainsi que les autres caractéristiques pertinentes pour l'environnement local.
- bénéficier d'un soutien auprès d'un réseau local de travailleurs de prévention, réseau qui définit le rôle des structures d'assistance locales et des travailleurs de prévention, les critères pour l'orientation vers d'autres services et les protocoles d'orientation.

(consensus)

Argumentaire

Guide de bonne pratique utilisé comme source : Une étroite collaboration devrait s'instaurer entre toutes les structures d'assistance en rapport direct ou indirect avec cette problématique de manière à ce que la prévention de l'abus d'alcool et de drogues fasse partie d'une approche holistique axée sur la famille des jeunes vulnérables. Les activités doivent s'insérer dans les structures d'assistance – officielles et non officielles – et se concentrer sur la prévention de la stigmatisation de ces jeunes et de leurs familles.

Les interventions axées sur l'abus d'alcool et de drogues devraient faire partie d'un plan de soins axé sur tous les besoins du jeune vulnérable. Par exemple, le plan prévoit une assistance pour arrêter ou diminuer le tabagisme ou la consommation d'alcool et une aide face aux besoins éventuels en matière de logement et de formation.

La relation entre l'accompagnateur et le jeune est un aspect essentiel de la réussite des interventions visant à réduire l'abus de substances.

Les interventions de prévention peuvent être mises en œuvre de manière plus efficace par les collaborateurs qui ont les compétences nécessaires et ont la possibilité de les développer au niveau local.

Les travailleurs de prévention doivent respecter les principes de confidentialité en matière d'abus de substances illicites parce qu'il s'agit de jeunes.

Panel : Cette recommandation relève du domaine d'expertise des travailleurs de prévention de la commune. Cependant, à l'échelon communal, il faudrait investir dans l'optimisation des informations nécessaires pour détecter les groupes à risque. Les sources déjà disponibles, notamment l'Atlas de la pauvreté et les statistiques des CPAS, ne permettent pas d'identifier tous les groupes à risque, ce qui entrave, pour l'instant, la mise en œuvre de cette recommandation.

Dans le cadre du projet européen ECAT (To Empower the Community in response to Alcohol Threats (Politique locale de lutte contre les menaces de l'alcool)), un certain nombre d'instruments utiles ont été développés pour mettre en place des programmes de prévention de l'alcool à l'échelon local. Ces instruments s'appuient

sur des travaux par étapes et utilisent les connaissances acquises grâce aux études étayées scientifiquement pour donner forme aux instruments de soutien.

L'approche proposée par le projet ECAT comporte quatre phases :

1. Constituer un réseau local d'acteurs
2. Effectuer une analyse locale
3. Mettre en œuvre les interventions communautaires sur mesure pour le groupe cible
4. Évaluer le fonctionnement

Pour de plus amples informations, se reporter à :

<http://www.vad.be/over-vad/europese-samenwerking/andere-projecten-en-netwerken.aspx#building capacity>

Le projet ECAT a servi de base à un modèle pour un concept en rapport avec le développement d'une stratégie locale de lutte contre l'alcool et les drogues en Flandre : « Omdat iedereen erbij wint » (Parce que tout le monde y gagne). Pour de plus amples informations, se reporter à : <http://www.vad.be/sectoren/lokaal-beleid/een-beleid-opzetten/aan-de-slag.aspx>.

Acteurs : Une bonne analyse locale constitue le fondement d'une intervention communautaire. Elle permet de choisir un groupe cible déterminé. Il existe différents instruments (voir plus loin).

Instruments d'analyse locaux

Pour découvrir, dans la commune ou dans la ville, les besoins ainsi que les forces en présence concernant l'utilisation de drogues illicites, il est préférable d'effectuer une analyse locale. Cette analyse est un point de repère pour dessiner une stratégie sur mesure pour la commune ou la ville et elle est idéalement basée sur les statistiques et sur l'expérience pratique des intervenants locaux (travailleurs de prévention, police, secteur des cafés, hôtels et restaurants, associations de jeunesse, citoyens...) en matière de drogues illicites. Pour une petite commune également, il est recommandé d'effectuer une analyse locale minimale pour pouvoir mettre au point une stratégie sur mesure. Les sources possibles de statistiques sont les registres de patients (Centre d'aide aux personnes (CAP), CPAS, services des urgences...), les statistiques de la police locale, l'administration locale des bases de données. Les villes plus importantes peuvent aussi avoir recours à un moniteur comme ADAM (Antwerpse Drug- en Alcohol Monitor), AMJAD (Antwerpse Monitor Jongeren, Alcohol en Drug) ou MILD (Moniteur de politique intégrée (locale) en matière de drogues).

Selon la méthode et l'établissement, cette étape peut prendre du temps.

1.4 Quelles interventions axées sur la famille sont efficaces ?

Recommandation 5a

Groupe cible : les jeunes âgés de 12 à 16 ans qui, selon les estimations des travailleurs de prévention, présentent un risque élevé d'abus de substances.

Nous conseillons de proposer à ces jeunes une intervention axée sur la famille. Ce programme offre aux parents du jeune un soutien structuré, introduit et accompagné par du personnel compétent dans ce domaine, sur une durée d'au moins deux ans. Les éléments du programme sont les suivants :

- annuellement au minimum trois entretiens motivationnels axés sur les parents ;
- une évaluation et des suggestions pour l'optimisation des interactions au sein de la famille ;
- la proposition d'une formation concernant les compétences parentales ;
- un encouragement adressé aux parents pour qu'ils surveillent le comportement et les prestations de leur enfant à l'école ;
- un feedback.

(GRADE 2B)

Argumentaire

Panel : Pour une bonne mise en œuvre de cette recommandation, il faudrait préciser qui doit l'effectuer, comment il faut l'organiser et qui doit prendre les frais en charge.

Acteurs : La plupart des jeunes interrogés participeraient à ce genre d'interventions familiales. Parmi les jeunes ayant un contact avec l'assistance sociale, une moitié souhaitait participer, l'autre pas.

Recommandation 5b

Nous conseillons de proposer un soutien intensif (par exemple une thérapie familiale) aux familles qui le souhaitent.

(consensus)

Argumentaire

Acteurs : Tous les parents interrogés apprécieraient une thérapie familiale.

Recommandation 6a

Groupe cible : les enfants âgés de 10 à 12 ans dont le comportement est en permanence agressif ou perturbant et qui présentent un risque élevé de consommation de substances. L'objectif est de réduire la consommation et l'abus chez les jeunes âgés de 12 à 18 ans.

Nous conseillons de proposer à ces enfants une thérapie comportementale en groupe. Cette intervention devrait durer un an ou deux et doit se dérouler avant et pendant le passage dans l'école secondaire. Les séances devraient avoir lieu une ou deux fois par mois, et leur durée devrait être d'environ une heure. Chaque séance doit :

- se concentrer sur les mécanismes d'adaptation, tels que les divertissements et le délassement ;
- favoriser le développement des aptitudes de l'enfant sur le plan de l'organisation, de l'étude et de la résolution de problèmes ;
- fixer des objectifs.

(GRADE 2B)

Recommandation 6b

Nous conseillons de proposer aux parents de ces enfants une formation en groupe sur les compétences parentales. Cette formation doit avoir lieu tous les mois, à la même période que pour les enfants eux-mêmes (voir recommandation 6a). Les séances devraient :

- se concentrer sur la gestion du stress et l'aptitude à communiquer ainsi que sur le soutien à l'enfant pour le développement de ses aptitudes sur le plan sociocognitif et de la résolution de problèmes ;
- comporter des conseils sur la manière de fixer des objectifs en matière de comportement et sur la manière de définir des règles et des attentes pour les enfants en fonction de leur âge.

(GRADE 2B)

Argumentaire

Panel : Il est arbitraire de définir la population cible en se basant uniquement sur l'âge. L'indicateur le plus important est le passage de l'enseignement primaire à l'enseignement secondaire. Les jeunes qui ont doublé une ou plusieurs années peuvent faire partie du groupe cible même s'ils ont plus de 12 ans.

Ce qui justifie de traiter ce groupe en priorité lorsqu'on propose un programme thérapeutique, c'est l'espoir de prévenir la survenue de problèmes à un âge plus avancé (voir la description des effets de la prévention dans la partie B de ce guide de pratique).

La base sur laquelle est sélectionné le groupe cible pour cette recommandation n'est pas parfaitement claire, et on ne sait pas très bien quand un enfant présente ou non un trouble du comportement. Le travailleur de prévention doit évaluer la gravité des troubles comportementaux et/ou il doit déterminer si une formation en groupe est indiquée.

Cette recommandation ne peut être appliquée que si les parents eux-mêmes témoignent d'un certain intérêt à soutenir le comportement de leur enfant. On part du principe que chaque parent veut le meilleur pour son enfant. L'éducation dont toute personne se dote se constitue au fil des ans. Il est important de continuellement informer les parents sur les méthodes d'éducation. L'accompagnement comporte une analyse de la situation actuelle et l'apprentissage de nouvelles aptitudes. Parmi les aptitudes parentales les plus importantes, citons la capacité de surveiller le comportement de l'enfant, l'aptitude à bien communiquer et la capacité de mettre des limites et d'en faire le suivi ainsi que de mener des entretiens à propos de ces limites (voir aussi Recommandation 1d).

L'environnement de l'enfant ne se limite pas à ses père et mère. L'assistance au jeune doit se faire sur mesure en donnant suite aux signaux et, si nécessaire, en l'orientant vers un service approprié (voir recommandations 2a et 2b). A cet égard, il est important d'impliquer les parents pour qu'ils aient l'attention attirée sur le comportement de leur enfant.

1.5 Quelles sont les mesures de politique efficaces ?

Recommandation 7

Augmenter le prix de l'alcool pour diminuer les dommages associés à l'alcool.

- a. Envisager un prix minimum par unité d'alcool.
- b. Contrôler régulièrement ce prix minimum par unité d'alcool de manière à ce que le prix de l'alcool ne diminue pas avec le temps.
- c. Contrôler régulièrement l'accise de manière à ce que le prix de l'alcool ne diminue pas avec le temps.

(GRADE 1A)

Argumentaire

Panel : En Belgique, la solution la plus rentable pour réduire les dommages liés à l'alcool est d'augmenter le prix de l'alcool (OMS, 2011). Cette recommandation réduira les dommages associés à l'alcool au niveau de la population. Cependant, cela ne signifie pas que l'augmentation du prix de l'alcool sera suivie d'une élévation du seuil pour tous les jeunes.

Guide de bonne pratique utilisé comme source : L'accise actuelle varie en fonction du produit alcoolique (pour des raisons historiques et sous l'influence de la législation européenne). Le prix du produit n'est donc pas nécessairement proportionnel à la quantité d'alcool qu'il contient. De plus, une augmentation de l'accise ne se traduit pas toujours en une augmentation du prix car il arrive que les détaillants ou les producteurs prennent à leur charge le supplément de coût. On a de bonnes raisons de penser qu'une révision de la politique en la matière se justifie pour augmenter le prix de l'alcool. La détermination d'un prix minimum par unité d'alcool stimulerait aussi les producteurs à développer des produits à taux d'alcool réduit.

Pour adopter un prix minimum par unité d'alcool, il faudrait tenir compte du prix des soins de santé et des coûts sociaux des dommages associés à l'alcool et tenir compte aussi des répercussions sur la consommation d'alcool. Envisager de conclure avec les autres pays de l'UE des accords concernant les accises perçues sur l'alcool, le but final devant être une convention de l'UE où les accises perçues sur l'alcool seraient fonction de la quantité d'alcool dans le produit.

Acteurs : Les travailleurs de prévention signalent qu'il vaut mieux mettre en œuvre cette mesure conjointement avec d'autres interventions de prévention. Ceci est corroboré par les résultats de l'analyse coût-efficacité, où la combinaison des mesures stratégiques est plus rentable que leur simple addition (OMS, 2011). En outre, la hausse excessive du prix risquerait d'encourager le marché illégal (OMS, 2011). Il est possible de réduire ce risque en travaillant sur plusieurs piliers (limiter l'offre ne constituant que l'un d'entre eux).

La plupart des jeunes interrogés ainsi que des parents interrogés n'étaient pas d'accord avec ces recommandations parce qu'ils pensent que les jeunes, s'ils le veulent, pourront quand même obtenir de l'alcool ou des substituts.

Recommandation 8a

Nous conseillons d'exposer les jeunes le moins possible à la publicité pour l'alcool et d'envisager une évaluation des codes existants en matière de publicité. Cette évaluation devrait se pencher sur les éléments suivants :

- Les limites fixées par les codes de la publicité existants pour les messages publicitaires concernant les moins de 18 ans sont-elles encore précises ? C'est le Jury d'éthique publicitaire (JEP) qui en juge.
- Là où la publicité pour l'alcool est autorisée, les jeunes sont-ils protégés comme il convient ?

- L'ensemble du marché de l'alcool est-il couvert par un système réglementaire strict, avec une surveillance continue de la pratique, même lorsqu'il s'agit de nouveaux médias (comme les chaînes Web et les téléphones mobiles) ?

(GRADE 2A)

Argumentaire

Panel : Il est important de détailler la manière dont les codes de la publicité doivent être élaborés, contrôlés et approuvés. Il faudrait en outre que les sanctions éventuelles aient un impact crédible. C'est un organe indépendant soucieux de la santé publique qui devrait en être chargé.

Acteurs : La majorité des parents a estimé qu'il s'agissait d'une bonne recommandation. Néanmoins, ils affirment que d'autres médias – médias sociaux – peuvent jouer un rôle important. Les jeunes interrogés avaient des avis divergents : environ la moitié des jeunes estimaient que ce n'était pas une bonne recommandation parce qu'ils ne pensaient pas que la publicité pouvait avoir un tel effet. Les autres voyaient bien l'existence d'un tel lien.

Recommandation 8b

Nous conseillons d'effectuer une analyse coût-bénéfices de l'interdiction totale de la publicité pour l'alcool afin de protéger les jeunes contre l'exposition au marketing en matière d'alcool.

(GRADE 2C)

Argumentaire

Guide de bonne pratique utilisé comme source : Des données scientifiques montrent que la publicité pour l'alcool influence la consommation d'alcool des jeunes. L'exposition à la publicité pour l'alcool peut entraîner les jeunes à commencer à boire plus tôt et entraîner ceux qui boivent déjà à boire plus. Ces données suggèrent que les jeunes doivent être protégés le mieux possible contre la publicité pour l'alcool, et ce par le biais du renforcement de la réglementation actuelle.

Pour pouvoir totalement protéger les jeunes contre la publicité pour l'alcool, il faudrait l'interdire tout à fait. Cependant, cette stratégie toucherait également les adultes, or il existe moins de preuves des conséquences négatives de cette publicité pour les adultes. Avant qu'une telle interdiction n'entre en vigueur, les instances désignées pourraient renforcer les réglementations. Les auteurs du guide de bonne pratique utilisé comme source pensent qu'une bonne manière d'entamer cette évolution consisterait à obtenir des médias qu'ils donnent une image réaliste de l'alcool (illustrant les conséquences négatives de la consommation excessive d'alcool).

Les auteurs du guide de bonne pratique utilisé comme source font observer que le placement de produits (une forme de publicité dans laquelle des produits de marque sont intégrés dans des programmes de télévision) sera bientôt autorisé sur les chaînes de télévision commerciales. En raison de l'augmentation des problèmes médicaux dus à l'alcool au cours des dernières années et de la nécessité de protéger les jeunes contre la publicité pour l'alcool, les auteurs du guide de bonne pratique utilisé comme source sont d'avis qu'il ne devrait pas être permis de faire de la publicité pour de l'alcool.

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

- Adviescommissie Kwetsbare Jeugd & Verslaving. Van kwetsbaar naar weerbaar. Verslaving bij kwetsbare jongeren voorkomen en adequaat begeleiden. Bevorderen gezondheid en weerbaarheid. Vergroten veiligheid. Besparen kosten. Amerfoort: Stichting Resultaten Scoren, 2011.
- ADAPTE-youth 1. 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 d'alcool. Leuven, 2013.
- 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.
- 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.
- 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/>
- Databank jeugdrecht: 2006-03 Decreet betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp (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)
- Databank jeugdrecht: 2011-09/10 De school en de hulpverlener in gesprek: beroepsgeheim en ambtsgeheim (http://www.jeugdrecht.be/?action=artikel_detail&artikel=336)
- EMCDDA, Prevention Standards Partnership, 2011
[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_146222_EN_INT01_EU%20prevention%20standards%20EMCDDA%20\(2011\).pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_146222_EN_INT01_EU%20prevention%20standards%20EMCDDA%20(2011).pdf)
- ESPAD. The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. 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.
- GRADE. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924. Voir également : www.gradeworkinggroup.org
- Kinable H. Dossier cannabis. Bruxelles : Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw, 2008. Source : <http://www.vad.be/alcohol-en-andere-drugs/info-drugs/productinfodossiers/cannabis.aspx>
- 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.
- NICE public health guideline 7. Interventions in schools to prevent and reduce alcohol use among children and young people. London: National Institute of Health and Clinical Excellence, 2007a.
- NICE public health guideline 24. Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking. London: National Institute of Health and Clinical Excellence, 2010.
- NICE public health guideline 4. Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people (PHI 004). London: National Institute of Health and Clinical Excellence, 2007b.
- Uchtenhagen A, Schaub M. Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction EQUUS (Final report). Switzerland: Research Institute for Public Health and Addiction. 2011.
- UNODC. International Standards on Drug Use Prevention. United Nations Office on Drugs and Crime, 2013. <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>

- VAD. Visietekst preventie en behandeling. Via:
<http://www.vad.be/media/459866/2011%20visietekst%20vad.pdf>
- VAD. Richtlijnen voor aanvaardbaar alcoholgebruik & definitie bingedrinken. Brussel: Vereniging voor Alcohol en Andere Drugproblemen (VAD), 2009.
- 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
- WHO. Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Peter Anderson, Lars Møller and Gauden Galea (eds.), 2011.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf

Evidence review

2.1 Introduction

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 (NHMRC, 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. This 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" (NHMRC, 2009).

Table 1. French and English terms for alcohol misuse

The SSMG supports classification of La Société Française d'Alcoologie (SFA) (for adults)*	NICE guidelines support the classification of WHO**
<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	<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.

particulier. L'OMS : moins de 3 unités par jour pour un homme et moins de 2 unités par jour pour une femme	
<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.	<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.
<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.	<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.

*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/)

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 (ADAPTE Collaboration, 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 prevention 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 prevention 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 prevention questions for which they were seeking an answer based on experience and the self-rated expectations of the targeted 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, included in the Digital Library of Health of the Center of Evidence-Based Medicine (CEBAM), and World Health Organization (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>; and <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/standards>). We also searched the websites 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 to June 2011 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 (see: Bekkering et al, 2014 for details on the process and results

of the search for guidelines). 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 guidelines (Guyatt et al., 2011; www.gradeworkinggroup.org).

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)

Other evidence is labeled level C.

The levels can be interpreted as follows (Balshem et al., 2011):

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 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. 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 adapted if needed, for example if information was not relevant to our population of young people. The panel formulated other considerations with regard to the implementation of the recommendations, which resulted from an interdisciplinary group discussion. Scientific evidence was added for these considerations, where possible. The contents of this explanatory section were checked with the panel in a last meeting.

During the 2 meetings we discussed 24 recommendations. From these, 19 were included in this guideline on prevention of alcohol and drug misuse (see Table 2).

Table 2. Source guidelines from which recommendations were used for this guideline

Guideline	Title	Recommendation
NICE, 2007a	Interventions in schools to prevent and reduce alcohol use among children and young people	1abcd, 2abc, 3
NICE, 2010	Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking	7, 8ab
NICE, 2007b	Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people	4, 5ab, 6ab

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 is reported.

The evidence for a certain recommendation was considered coherent if:

- The patients and treatments 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.

For 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.

Additional sources of information

Because we selected only 3 high-quality guidelines, which did not fully answer our prevention questions, we investigated whether two other sources of information could be used for this guideline.

First, we performed an umbrella review that summarizes the results of systematic reviews conducted in the field of prevention of alcohol and drug misuse in adolescents (Emmers et al., submitted). The aim was to use these results to formulate recommendations for our prevention questions that could not be answered using the selected guidelines. In May 2012, we performed a comprehensive search in seven electronic databases (MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsychInfo, ERIC, DARE, the Cochrane library of Systematic Reviews), websites and checked reference lists of articles. Studies that met our predefined inclusion criteria were critically appraised using the AMSTAR instrument. We contacted the authors to obtain additional information for those lacking detail. We found 22 systematic reviews, the majority reported on school based prevention programs. In general, school-based prevention programs showed some benefit while effects of community-based, family-based and multifaceted programs were less convincing. However it was not possible to estimate the effect size of prevention programs as half of the reviews described their review findings narratively, due to the heterogeneity of outcome measures in the original research reports. It was also noticed that many reviews lacked detail in the reporting of process and implementation related aspects of the prevention programs evaluated. We concluded that this review did not generate more information for the guideline.

Second, from the overall pool of identified guidelines on alcohol and drug misuse among adolescents, we selected guidelines that described the process of implementation of prevention programs in various settings. To be selected, these guidelines needed to be based on a systematic overview of literature and be developed by a group of experts. We selected three guidelines: Building on our strengths: Canadian standards for school-based youth substance abuse prevention (CCSA, 2010a), Stronger together: Canadian standards for community-based youth substance abuse prevention (CCSA, 2010b) and Strengthening our skills: Canadian guidelines for youth substance abuse prevention – Family skills programs (CCSA, 2011). However, the panel judged that the content of these guidelines did not have added value for our guideline, and therefore this was not included in this 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 tailoring the education at school (recommendation 1b) and the maintenance and development of partnerships (recommendation 3) were, among others, not selected. Recommendations for very specific populations (for example children aged 10-12 who are persistently aggressive or disruptive) 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: 1a, 2a, 2c, 5a, 7 and 8.

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. The following recommendations were questioned: 1a, 1d, 5b, 7 and 8. 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 ‘prevention of alcohol and drug 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 prevention settings.

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 the prevention of alcohol and drug misuse (mean score on a 4-p scale from ‘completely not’ to ‘completely’)

	Mean score
1. Is this guideline valuable for you?	3
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?	2.3
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?	3.3

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 [CMPO website-to be added]. Little over half 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, for example target group, the risk factors

leading to substance misuse and focus of the prevention intervention (abstinence versus harm reduction). Other comments made us decide to rephrase some recommendations or sentences in the clarification sections.

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.

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

- ADAPTE Collaboration. Manual for Guideline Adaptation Version 2.0 - 2009. www.adapte.org
- Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, Vist GE, Falck-Ytter Y, Meerpohl J, Norris S, Guyatt GH. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology* 2011; 64: 401e406.
- Bekkering GE, Aertgeerts B, Asueta-Lorente JF, Autrique M, Goossens M, Smets K, van Bussel JC, Vanderplasschen W, Van Royen P, Hannes K. Practitioner Review: Evidence-based practice guidelines on alcohol and drug misuse among adolescents: a systematic review. *J Child Psychol Psychiatry* 2014; 55: 3-21.
- 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. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Canadian Medical Association Journal* 2010, 182, e839-e842. The instrument is available from: www.agreetrust.org
- Emmers E, Bekkering GE, Hannes K. Prevention for alcohol and drug misuse in adolescents: an overview of systematic reviews. Submitted.
- 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.
- GRADE Collaboration. www.gradeworkinggroup.org/index.htm
- Guyatt GH, Oxman AD, Schünemann HJ, Tugwell P, Knottnerus A. GRADE guidelines: A new series of articles in the *Journal of Clinical Epidemiology*. *J Clin Epidemiol* 2011; 64: 380-2.

- CCSA. Building on our strengths: Canadian standards for school-based youth substance abuse prevention. Canadian Center of Substance Abuse, 2010a.
- CCSA. Stronger together: Canadian standards for community-based youth substance abuse prevention. Canadian Center of Substance Abuse, 2010b.
- CCSA. Strengthening our skills: Canadian guidelines for youth substance abuse prevention – Family skills programs. Canadian Center of Substance Abuse, 2011.
- 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.
- Foxcroft DR, Lowe G. Adolescent drinking behaviour and family socialization factors: a meta-analysis. *J Adolesc* 1991, 14(3):255–273.
- Hoge Gezondheidsraad. Rapport van de Hoge Gezondheidsraad. Jongeren en alcohol. Brussel: Hoge Gezondheidsraad, 2006.
- NHMRC. Australian alcohol guidelines for low-risk drinking. Draft for public consultation. Australia: National Health and Medical Research Council, 2009.
- NICE public health guideline 7. Interventions in schools to prevent and reduce alcohol use among children and young people. London: National Institute of Health and Clinical Excellence, 2007a.
- NICE public health guideline 24. Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking. London: National Institute of Health and Clinical Excellence, 2010.
- NICE public health guideline 4. Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people (PHI 004). London: National Institute of Health and Clinical Excellence, 2007b.
- 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 Which school-based interventions are effective?

(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 1a

Ensure alcohol education is an integral part of the curricula.

GRADE 1A

The source guideline (NICE, 2007a) found evidence from a high quality systematic review that three programmes: Strengthening Families, Botvin's life skills training (LST) and a culturally focused curriculum for Native American students, can produce long-term reductions in alcohol use (see evidence summary below recommendation 1d).

The evidence is valid and coherent.

Recommendation 1b

Ensure alcohol education is tailored for different age groups and takes different learning needs into account (based, for example, on individual, social and environmental factors). It should aim to encourage children not to drink, delay the age at which young people start drinking and reduce the harm it can cause among those who drink. Education programmes should:

- *Increase knowledge of the potential damage alcohol use can cause – physically, mentally and socially (including the legal consequences).*
- *Provide the opportunity to explore attitudes to – and perceptions of – alcohol use.*
- *Help develop decision-making, assertiveness, coping and verbal / non-verbal skills.*
- *Help develop self-esteem.*
- *Increase awareness of how the media, advertisements, role models and the views of parents, peers and society can influence alcohol consumption.*

GRADE 1B

The source guideline (NICE, 2007a) found evidence from two classroom-based, teacher-led programmes that targeted children between the ages of 12 and 13 years, to suggest that interventions using the life kills approach (three RCTs of moderate quality) or focusing on harm reduction through skills-based activities (School Health and Alcohol Harm Reduction Project [SHAHRP] (one moderate-quality CNRT) can produce medium-to long-term reductions in alcohol use and, in particular, risky drinking.

Furthermore they found evidence (one moderate-quality RCT) to suggest that a culturally-tailored skills training intervention or Native American students may have long-term effects on alcohol use.

The evidence is valid but not coherent as the recommendation is broader than the evidence. The evidence concerns mainly the effectiveness of tailored education and is less informative about what content is best.

Recommendation 1c

Introduce a ‘whole school’ approach to alcohol. It should involve staff, parents and pupils and cover everything from policy development and the school environment to the professional development of (and support for) staff.

GRADE 1B

The source guideline (NICE, 2007a) found evidence to suggest that programmes that begin early in childhood, combine a school-based curriculum intervention with parent education, such as the Seattle Social Development Project (SSDP) (one moderate-quality CNRT) and Linking the Interests of Families and Teachers (LIFT) (one low-quality RCT), which target a range of problem behaviours including alcohol use, can have long-term effects on heavy and patterned drinking behaviours. In addition, the Healthy School and Drugs Project (one moderate-quality CNRT), which targeted secondary school students, had short-term effects on alcohol use. However, longer-term effects of the programme have not been examined.

The evidence is valid and coherent.

Recommendation 1d

Where appropriate, offer parents or carers information about where they can get help to develop their parenting skills. This includes problem-solving and communication skills, and advice on setting boundaries for their children and teaching them how to resist peer pressure.

The source guideline (NICE, 2007a) does not present evidence for this recommendation. Therefore we assumed this was based on consensus.

Evidence summary recommendation 1a-d

The authors of the source guideline (NICE, 2007a) conducted a review of effectiveness (Jones et al., 2007). This review included a total of 14 systematic reviews and meta-analyses, and 134 primary studies, which evaluated 52 programmes. A broad range of programmes were identified including classroom-based programmes delivered by teachers or other professionals, multicomponent programmes that combined classroom-based intervention components with family-based and/or community based components, and other approaches delivered outside of lesson time including brief interventions and peer support programmes. Results were summarised in terms of short (<6 months), medium (up to 1 year) and long (>1 year) term outcomes.

Study quality was summarized as follows:

- ++ All or most criteria have been fulfilled. Where they have not been fulfilled the conclusions are thought very unlikely to alter.
- + Some criteria fulfilled. Those criteria that have not been fulfilled or not adequately described are thought unlikely to alter the conclusions.
- Few or no criteria fulfilled. The conclusions of the study are thought likely or very likely to alter.

Overall, school-based alcohol interventions were found to be cost effective, given the fact that they may avert the high costs associated with harmful drinking (both in terms of health and other consequences). However, intensive long-term programmes may not be cost effective. It should be noted that the economic analysis carried out to determine whether or not an intervention was cost effective was subject to very large uncertainties.

The recommendations were based on the following evidence statements: 1, 2, 3c, 5. However the source guideline does not state which evidence statement underlies which recommendation. This was done by the authors of this guideline.

Evidence statement 1

There is evidence from a high quality systematic review (Foxcroft et al., 2002, 2003) that three programmes: Strengthening Families, Botvin's life skills training (LST) and a culturally focussed curriculum for Native American students, can produce long-term reductions (greater than 3 years) in alcohol use.
Foxcroft et al., 2002; 2003 (SR ++)

Evidence statement 2

There is evidence from two classroom-based, teacher-led programmes that targeted children between the ages of 12 and 13 years, to suggest that interventions using the life kills approach (Botvin 1995ab, 2001b)three RCTs [+]) or focusing on harm reduction through skills-based activities (School Health and Alcohol Harm Reduction Project [SHAHRP] (McBride et al., 2004) one CNRT [+]) can produce medium-to long-term reductions in alcohol use and, in particular, risky drinking.
1 Botvin 1995a; 1995b; 2001b (all RCT +)
2 McBride et al., 2004 (CNRT +)

Evidence statement 3c

There is evidence (one RCT [+]) to suggest that a culturally-tailored skills training intervention or Native American students may have long-term effects on alcohol use.
Schinke et al., 2000 (RCT +)

Evidence statement 5

There is evidence to suggest that programmes that begin early in childhood, combine a school-based curriculum intervention with parent education, such as the Seattle Social Development Project (SSDP) (one CNRT [+], Hawkins et al., 1999) and Linking the Interests of Families and Teachers (LIFT) (one RCT [-] Eddy et al., 2003), which target a range of problem behaviours including alcohol use, can have long-term effects on heavy and patterned drinking behaviours. In addition, the Healthy School and Drugs Project (one CNRT [+], Cuijpers et al., 2002), which targeted secondary school students, had short-term effects on alcohol use. However, longer-term effects of the programme have not been examined.

1 Hawkins et al., 1999 (CNRT +)

2 Eddy et al., 2003 (RCT -)

3 Cuijpers et al., 2002 (CNRT +)

The authors of the source guideline took the following considerations into account:

- The evidence on school-based interventions was not extensive and, as most of it was US-based, it has to be applied with caution. Common shortcomings include:
 - Non-validated surrogate outcome measures that are not relevant to national policy;
 - Uncertainty whether studies were large enough to detect differences between groups;
 - Inappropriate analyses for the study design used;
 - Analyses which did not take baseline imbalances into account; and
 - High attrition rates.
- Due to the limitations of the evidence, it was not possible to determine the differential effectiveness of the interventions in relation to disadvantaged and minority groups. In addition, it was not possible to determine what impact the recommendations may have on health inequalities.
- As alcohol use is a sensitive issue associated with social values, self-reported data may be biased.
- The economic analysis carried out to determine whether or not an intervention was cost effective in the long term was subject to uncertainties.
- A number of studies evaluated the input of external contributors to school alcohol education programmes. However, there was a lack of evidence about which type of contribution worked best. The literature focused mainly on 'stand-alone' interventions (rather than those contributing to teacher-led programmes, or giving advice and support to schools). In addition, these studies had limited cultural relevance for England. As a result, the authors of the source guideline were unable to make any recommendations about the use of external contributors in schools.
- The recommended interventions were not compared with other types of intervention because it was beyond the remit of this guidance to make such a comparison. (Examples of other types of intervention aimed at preventing or reducing alcohol use include targeted and indicated activities and those taking place outside educational establishments.)

References (all references were cited from: Jones et al., 2007)

- Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L et al. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *JAMA* 1995a; 273 (14): 1106-1112.
- Botvin GJ, Schinke SP, Epstein JA et al. Effectiveness of culturally focused and generic skills training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority adolescents: Two-year follow-up results. *Psychology of Addictive Behaviors* 1995b; 9 (3): 183-194.
- Botvin GJ, Griffin KW, Diaz T. et al. Preventing binge drinking during early adolescence: one- and two-year follow-up of a school-based preventive intervention. *Psychology of Addictive Behaviors* 2001b; 15 (4): 360-365.
- Cuijpers P, Jonkers R, De Weerd I, De Jong A. The effects of drug abuse prevention at school: the 'Healthy School and Drugs' project. *Addiction* 2002; 97 (1): 67-73.

- Eddy JM, Reid JB, Stoolmiller M et al. Outcomes during middle school for an elementary school-based preventive intervention for conduct problems: Follow-up results from a randomized trial. Behavior Therapy 2003; 34 (4): 535-552.
- Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ et al. Primary prevention for alcohol misuse in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 3.
- Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ et al. Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: A systematic review. Addiction 2003; 98 (4): 397-411.
- Hawkins JD, Catalano RF, Kosterman R et al. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 1999; 153 (3): 226-234.
- Jones L, James M, Jefferson T, Lushey C, Morleo M, Stokes E, Sumnall H, Witty K, Bellis M. A review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions delivered in primary and secondary schools to prevent and/or reduce alcohol use by young people under 18 years old. Revised version, 2007. Liverpool: National Collaborating Centre on Drug prevention.
- McBride N, Farrington F, Midford R et al. Harm minimization in school drug education: final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). Addiction 2004; 99 (3): 278-291.
- Schinke SP, Tepavac L, and Cole KC. Preventing substance use among Native American youth: Three-year results. Addictive Behaviors 2000; 25 (3): 387- 397.

Recommendation 2a

Where appropriate, offer brief one-to-one advice on the harmful effects of alcohol use, how to reduce the risks and where to find sources of support. Offer a follow-up consultation or make a referral to external services (without providing one-to-one advice).

GRADE 1B

The authors of the source guideline (NICE, 2007a) found evidence to suggest that brief intervention programmes that involve nurse-led consultations regarding a young person's alcohol use, such as the STARS for Families programme (two RCTs [++], seven RCTs [+]) that target children aged 12-13, can produce short-, but not medium-term reductions in heavy drinking. However, these types of programme may have limited applicability as they are based on an abstinence approach.

The evidence is valid but not coherent. The programs are based on the abstinence-principle. These programs are effective on short-term but not on middle-long term.

Recommendation 2b

Where appropriate, make a direct referral to external services (without providing one-to-one advice).

The source guideline (NICE, 2007a) does not present evidence for this recommendation. Therefore we assumed that this recommendation was based on consensus.

Recommendation 2c

Follow best practice on child protection, consent and confidentiality. Where appropriate, involve parents or carers in the consultation and any referral to external services.

The source guideline (NICE, 2007a) does not present evidence for this recommendation. Therefore we assumed that this recommendation was based on consensus.

Evidence summary recommendations 2a-2c

The recommendations were based on two evidence statements (4a and 5). However the source guideline does not state which evidence statement underlies which recommendation.

Evidence statement 4a

There is evidence to suggest that brief intervention programmes that involve nurse-led consultations regarding a young person's alcohol use, such as the STARS for Families programme (two RCTs [++], seven RCTs [+]) that target children aged 12-13, can produce short-, but not medium-term reductions in heavy drinking. However, these types of programme may have limited applicability as they are based on an abstinence approach.

Werch et al., 1996a, 1998, 2000a, 2000b, 2001, 2003a, 2005a (all RCT +)

Werch et al. 1996b, 2005b (both RCT ++)

Evidence statement 5

There is evidence to suggest that programmes that begin early in childhood, combine a school-based curriculum intervention with parent education, such as the Seattle Social Development Project (SSDP) (one CNRT [+]) Hawkins et al., 1999) and Linking the Interests of Families and Teachers (LIFT) (one RCT [-] Eddy et al., 2003), which target a range of problem behaviours including alcohol use, can have long-term effects on heavy and patterned drinking behaviours. In addition, the Healthy School and Drugs Project (one CNRT [+]) Cuijpers et al., 2002), which targeted secondary school students, had short-term effects on alcohol use. However, longer-term effects of the programme have not been examined.

1 Hawkins et al., 1999 (CNRT +)

2 Eddy et al., 2003 (RCT -)

3 Cuijpers et al., 2002 (CNRT +)

References (all references were cited from: Jones et al., 2007)

- Cuijpers P, Jonkers R, De Weerd I, De Jong A. The effects of drug abuse prevention at school: the 'Healthy School and Drugs' project. *Addiction* 2002; 97 (1): 67-73.
- Eddy JM, Reid JB, Stoolmiller M et al. Outcomes during middle school for an elementary school-based preventive intervention for conduct problems: Follow-up results from a randomized trial. *Behavior Therapy* 2003; 34 (4): 535-552.
- Hawkins JD, Catalano RF, Kosterman R et al. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 1999; 153 (3): 226-234.
- Jones L, James M, Jefferson T, Lushey C, Morleo M, Stokes E, Sumnall H, Witty K, Bellis M. A review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions delivered in primary and secondary schools to prevent and/or reduce alcohol use by young people under 18 years old. Revised version, 2007. Liverpool: National Collaborating Centre on Drug prevention.
- Werch CE, Anzalone DM, Brokiewicz LM et al. An intervention for preventing alcohol use among inner-city middle school students. *Archives of Family Medicine* 1996a; 5 (3): 146-152.
- Werch CE, Carlson JM, Pappas DM et al. Brief nurse consultations for preventing alcohol use among urban school youth. *Journal of School Health* 1996b; 66 (9): 335-338.
- Werch CE, Pappas DM, Carlson JM et al. Short- and long-term effects of a pilot prevention program to reduce alcohol consumption. *Substance Use & Misuse* 1998; 33 (11): 2303-2321.
- Werch CE, Carlson JM, Pappas DM et al. Effects of a brief alcohol preventive intervention for youth attending school sports physical examinations. *Substance Use & Misuse* 200a; 35 (3): 421-432.
- Werch CE, Pappas DM, Carlson JM et al. Evaluation of a brief alcohol prevention program for urban school youth. *American Journal of Health Behavior* 2000b; 24 (2): 120-131.
- Werch CE, Carlson JM, Owen DM et al. Effects of a stage-based alcohol preventive intervention for inner-city youth. *Journal of Drug Education* 2001; 31 (2):123-138.

- Werch CE, Owen DM, Carlson JM et al. One-year follow-up results of the STARS for Families alcohol prevention program. *Health Education Research* 2003a; 18 (1): 74-87.
- Werch CE, Moore MM, DiClemente CC et al. Single vs. multiple drug prevention: is more always better? a pilot study. *Substance Use & Misuse* 2005a; 40 (8): 1085-1101.
- Werch CC, Moore MJ, DiClemente CC et al. A multihealth behavior intervention integrating physical activity and substance use prevention for adolescents. *Prevention Science* 2005b; 6 (3): 213-226.

Recommendation 3

Maintain and develop partnerships to: monitor and evaluate partnership working and incorporate good practice into planning.

Find ways to consult with families (parents or carers, children and young people) about initiatives to reduce alcohol use and to involve them in those initiatives.

The source guideline (NICE, 2007a) states that these recommendations were based on inference derived from evidence. Therefore no GRADE level was assigned.

2.3 Which community-based interventions are effective?

Recommendation 4

Develop and implement a strategy to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged people who are at risk of misusing substances aged under 25, as part of a local area agreement. This strategy should be:

- *Based on a local profile of the target population developed in conjunction with the regional public health observatory. The profile should include their age, factors that make them vulnerable and other locally agreed characteristics*
- *Supported by a local service model that defines the role of local agencies and practitioners, the referral criteria and referral pathways.*

The source guideline (NICE, 2007b) states that this recommendation was based on inference derived from evidence. Therefore no GRADE level was assigned.

Evidence summary

This recommendation was based on inferences derived from evidence. However no reference was made to any studies. The authors of the source guideline did take some considerations into account (some are included in part A of the guideline):

There was a lack of evidence on how to prevent substance misuse among particular groups of vulnerable and disadvantaged children and young people. These include: children in care, those who are homeless, those with parents who misuse substances, young offenders, those excluded from school, those involved in commercial sex work, those with mental health problems and those from black and minority ethnic groups.

The authors of the source guideline were keen to emphasise that these groups are a priority, despite the absence of specific recommendations for them. The Committee noted that the gap in evidence for these groups needs to be addressed as a matter of urgency.

If a community-based intervention has been omitted from the recommendations this does not necessarily mean it should be discontinued. The recommendations are based on the available evidence and a range of interventions have not been evaluated yet.

The economic analysis carried out to determine whether or not an intervention is cost effective was subject to very large uncertainties. It was based on an innovative modelling process which, in almost all cases, relied on the extrapolation of short-term results (up to a year) to the longer term (generally from 5 to 20 years). The authors of the source guideline (NICE, 2007b) also recognised that an intervention not considered to be cost effective from a health perspective, may well be cost effective when the associated social consequences are taken into account.

The relative effectiveness of the recommended interventions compared with other types of intervention (for example, universal interventions) was not considered because this was beyond the remit of this guidance.

ECAT

In order to increase public awareness on alcohol issues, the ECAT project ('to Empower the Community in response to Alcohol Threats') was performed, with the financial support of the Health and Consumer Protection Directorate-Generale of the European Commission as part of Public Health Programme 2005. Six European countries were involved: Germany, Italy, Slovenia, Austria and Belgium. This project aimed to raise the effectiveness of local alcohol prevention through the elaboration of tailored messages towards different target groups and through the embedding of the campaigns in a local alcohol policy and inclusive approach. For this aim, a structured work plan was developed for implementing alcohol prevention campaigns on a local community level, applicable in a global European context. An important intervention in the ECAT project is a communication campaign. However, to increase effectiveness, it was recommended to combine such a campaign with other alcohol prevention interventions (found to be effective on an evidence base).

The fundamental idea around the prevention of alcohol related problems in the ECAT project is based on a systems model of the community rather than on an individual model. Within this model, the community is defined as a geographical area, i.e. a district or a town, where relationships (social, cultural, and economic) among people and forms of active participation exist to a greater or lesser degree. Some of these relationships contribute to alcohol related problems, some have a protective or preventive contribution, and many have little or no contribution. According to the proposed model, it is not possible to isolate single parts of the community from other parts in seeking to reduce problems. Indeed, the total system must be considered. This emphasis on the community as a whole recognizes that alcohol problems are systems problems reflecting the awareness that alcohol consumption can be problematic for any drinker, depending upon the situation or environment. In short, alcohol problems are not unique to only a few deviant individuals, but rather are the shared responsibility of all community residents.

A literature review was performed to provide an overview of evidence-based alcohol prevention and policy measures on which the actual guidelines will rely (Rosiers and Möbius, 2008). The literature focused on the communication campaign. In four phases, a description of the most important aspects in the development of a communication campaign is given. Finally, to complement the evidence base on community alcohol prevention, section 5 gives an overview of good practices delivered from those working in the field.

In the ECAT project, a local quick scan analysis of the alcohol situation serves as a crucial element to implement guidelines of the literature review in a community-based prevention project. The results of this quick scan analysis allows to implement the guidelines in a tailored way, adapted to the local cultures and structures and endorsed by the stakeholders in the local community (see also the Manual for alcohol prevention in local communities).

References

- Rosiers J and Möbius D. To Empower the Community in response to Alcohol Threats (ECAT). Scientific evidence for the ECAT methodology. Brussel: Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen, 2008.

- Rosiers J, Möbius D, Autrique M (Eds.). Manual for alcohol prevention in local communities. Brussel: Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen, 2008. (http://www.vad.be/media/47495/ecat_manual.pdf)

2.4 Which family-based interventions are effective?

Recommendation 5a

Target population: Vulnerable and disadvantaged children and young people aged 11–16 years and assessed to be at high risk of substance misuse, and parents or carers of these children and young people.

Offer a family-based programme of structured support over 2 or more years, drawn up with the parents or carers of the child or young person and led by staff competent in this area. The programme should:

- *Include at least three brief motivational interviews (see glossary) each year aimed at the parents/carers*
- *Assess family interaction*
- *Offer parental skills training*
- *Encourage parents to monitor their children's behaviour and academic performance*
- *Include feedback*
- *Continue even if the child or young person moves schools.*

GRADE 2B

The source guideline (NICE, 2007b) found moderate evidence to suggest that family-based programmes can have long-term preventive effects in young persons. (Evidence statements 15.1, 15.2, 15.3, 16.4 (see below).

The evidence is valid but not coherent as the recommendation is broader than the evidence. The evidence focusses on the effectiveness of the programs and not on the content.

Recommendation 5b

Offer more intensive support (for example, family therapy) to families who need it.

The source guideline (NICE, 2007b) does not report any evidence for this recommendation. Therefore we assumed this was based on consensus.

Evidence summary

The authors of the source guideline (NICE, 2007b) conducted systematic review to review the evidence of effectiveness of community-based interventions at reducing substance misuse among vulnerable and disadvantaged young people (Jones et al., 2006).

In this review, family-based interventions were defined as those interventions that targeted the families of children judged to be at risk of future substance use either because of external factors (e.g. families with a low income) or because the child had exhibited risk behaviours linked to later substance use (e.g. behavioural problems). Interventions could include parent and child components, or target families as a whole. Sixteen primary studies (11 RCTs, 2 CNRTs and 3 BA studies) were identified. This review resulted in the following evidence statements that were relevant to the recommendations (Evidence statements 15.1, 15.2, 15.3, 16.4).

Evidence statement 15.1

There is evidence from one RCT (+) to suggest that a tiered, multilevel prevention strategy focusing primarily on parenting practices (the most recent version of the 'Adolescent transitions program') that is delivered according to the needs and motivation of the family can produce long-term decreases in overall substance use in young people (Dishion et al. 2002).

Evidence statement 15.2

There is evidence from one RCT (+) to suggest that a school-based parent-focused intervention (the Family check up programme; the selective prevention component of the most recent Adolescent Transition Programme) comprising individual and group-based family behavioural therapy, motivational interviewing, individual consultations and feedback on their child's behaviour, and parent-student activities designed to enhance family management can produce significant long-term reductions in overall tobacco, alcohol and cannabis use in young people (Dishion et al. 2003).

Evidence statement 15.3

There is evidence from one RCT (+) and one CNRT (+) to suggest that interventions that aggregate high-risk peers (such as the teen-focused peer support element of the older version of the 'Adolescent transitions program', or the parent and teen-focused elements combined) may have negative effects on smoking behaviours (Dishion and Andrews 1995; Poulin et al. 2001).

Evidence statement 16.4

There is evidence from one RCT (+) to suggest that a brief, school-based family-focused intervention (the 'Family check up' programme; the selective prevention component of the most recent 'Adolescent transitions program'), comprising individual and group-based family behavioural therapy, motivational interviewing, individual consultations and feedback on their child's behaviour, and parent/student activities designed to enhance family management, can produce long-term increases in parental monitoring of their child's activities (Dishion et al. 2003).

Note: The main intervention that was referred to above was the Adolescent Transitions Programme (ATP) (Dishion and Andrews, 1995). Papers up to 2001 (e.g. Dishion and Andrews, 1995, Poulin et al. 2001) focused on an early version of the ATP, which included separate parent and teen intervention components. The parent focus intervention targeted parent family management practices and communication skills and the teen focus intervention targeted early adolescent self-regulation and prosocial behaviour in the context of parent and peer environments. The two more recent publications (Dishion et al., 2002; Dishion et al., 2003) examined a revised version of ATP; a tiered multilevel family intervention delivered within a middle school setting. The first level was a universal intervention, The Family Resource Centre. One component was the SHAPe curriculum, a 6-week classroom course. The second level was the Family Check-up that consisted of a brief family intervention designed to build parental motivation and engage families. (Dishion et al., 2003 examined this particular component of the programme). The third level of the programme addressed "indicated" problems. Intervention options included brief intervention, monitoring systems for academic and social behaviour, parent groups, behavioural family therapy, and case management and referral services.

References (cited from : Jones et al., 2006)

- Dishion TJ and Andrews DW. Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1995; 63 (4): 538-548.
- Dishion TJ, Kavanagh K, Schneiger A et al. Preventing early adolescent substance use: a family-centered strategy for the public middle school. *Prevention Science* 2002; 3 (3): 191-201.

- Dishion TJ, Nelson SE, and Kavanagh K. The Family Check-Up with high-risk young adolescents: Preventing early-onset substance use by parent monitoring. *Behavior Therapy* 2003 ; 34 (4): 553-571.
- Jones L, Sumnall H, Witty K, Wareing M, McVeigh J, Bellis MA. A review of community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged young people. National Collaborating Centre for Drug Prevention, Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, November 2006 (revised).
- Poulin F, Dishion TJ and Burraston B. Three-year iatrogenic effects associated with aggregating high-risk adolescents in preventive interventions. *Applied Developmental Science* 2001; 5 (4): 214-224.

Recommendation 6a

Target population: Children aged 10–12 who are persistently aggressive or disruptive and assessed to be at high risk of substance misuse, and parents or carers of these children.

Offer the children group-based behavioural therapy over 1 to 2 years, before and during the transition to secondary school. Sessions should take place once or twice a month and last about an hour. Each session should:

- *Focus on coping mechanisms such as distraction and relaxation techniques*
- *Help develop the child’s organisational, study and problemsolving skills*
- *Involve goal setting.*

GRADE 2B

The source guideline (NICE, 2007b) found moderate evidence to suggest that a multi-component parent and child programme, the ‘Coping power’ programme, can have an immediate and medium-term impact on reducing use of alcohol, tobacco and cannabis, compared to no intervention, in children with aggressive and behavioural problems.

Evidence is valid but not coherent. The recommendation is broader than the evidence because the evidence mainly refers to the effectiveness of the program and not to the content.

Recommendation 6b

Offer the parents or carers group-based training in parental skills. This should take place on a monthly basis, over the same time period (as described above for the children). The sessions should:

- *Focus on stress management, communication skills and how to help develop the child’s social-cognitive and problemsolving skills*
- *Advise on how to set targets for behaviour and establish age-related rules and expectations for their children.*

GRADE 2B

The source guideline (NICE, 2007b) found moderate evidence to suggest that multi-component programmes (including child and parent components) targeting children with behavioural and aggressive problem behaviours can have a positive impact in reducing some problem behaviours compared to no intervention.

Evidence is valid but not coherent. The recommendation is broader than the evidence because the evidence mainly refers to the effectiveness of the program and not to the content.

Evidence summary

The authors of the source guideline (NICE, 2007b) conducted systematic review to review the evidence of effectiveness of community-based interventions at reducing substance misuse among vulnerable and disadvantaged young people (Jones et al., 2006). This review also focused on programs for young people with

behavioral and aggressive problems. Seven studies were identified; five studies (August et al., 2002; Lochman and Wells, 2002; Lochman and Wells 2003; Lochman and Wells 2004; Barrera et al., 2002) targeted children with aggressive behaviours, one study (CPRG, 2002) targeted behaviourally disruptive children and another (Vitaro and Dobkin, 2001), targeted boys with a diagnosis of oppositional defiant disorder and disruptive girls. The format of the interventions varied, but with the exception of Vitaro and Dobkin (2001) they were all multicomponent and included child and parenting/family components:

- Multicomponent programmes (n=6; 1 RCT ++, 4 RCT +, 1 RCT -)
- Single component programmes (n=1; 1 RCT -)

This review resulted in the following evidence statements that were relevant to the recommendations (evidence statements 63 and 64.1). Evidence statement 64.3 is added in this guideline to support the preventive effect of such programs.

Evidence statement 63

There is evidence from two RCTs (+) to suggest that a multi-component parent and child programme, the 'Coping power' programme, can have an immediate and medium-term impact on reducing use of alcohol, tobacco and cannabis, compared to no intervention, in children with aggressive and behavioural problems (Lochman and Wells 2003; 2004).

Evidence statement 64.1

There is evidence from six RCTs (one [++], four [+] and one [-]) to suggest that multi-component programmes (including child and parent components) targeting children with behavioural and aggressive problem behaviours can have a positive impact in reducing some problem behaviours compared to no intervention (August et al. 2002; Barrera et al. 2002; CPRG 2002; Lochman and Wells 2002; 2003; 2004).

Evidence statement 64.2

There is evidence from one RCT ++ to suggest that a multicomponent programme (Early Risers programme) can produce long-term improvements in social skills, academic achievement and parental discipline, but not self-regulation problems, compared to no intervention (August et al., 2002).

References (cited from: Jones et al., 2006)

- August GJ, Hektner JM, Egan EA et al. The early risers longitudinal prevention trial: examination of 3-year outcomes in aggressive children with intent-to-treat and as-intended analyses. *Psychology of Addictive Behaviors* 2002; 16 (4: Suppl): S27-39.
- Barrera M, Biglan A, Taylor TK et al. Early elementary school intervention to reduce conduct problems: a randomized trial with Hispanic and non-Hispanic children. *Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research* 2002; 3 (2): 83-94.
- Conduct Problems Prevention Research Group. Evaluation of the first 3 years of the Fast Track prevention trial with children at high risk for adolescent conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2002; 30 (1): 19-35.
- Jones L, Sumnall H, Witty K, Wareing M, McVeigh J, Bellis MA. A review of community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged young people. National Collaborating Centre for Drug Prevention, Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, November 2006 (revised).
- Lochman JE and Wells KC. The Coping Power programme at the middle-school transition: universal and indicated prevention effects. *Psychology of Addictive Behaviors* 2002; 16 (4: Suppl): S40-54.
- Lochman JE and Wells KC. Effectiveness of the Coping Power programme and of classroom intervention with aggressive children: Outcomes at a 1-year follow-up. *Behavior Therapy* 2003; 34 (4): 493-515.

- Lochman JE and Wells KC. The coping power programme for preadolescent aggressive boys and their parents: outcome effects at the 1-year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology* 2004; 72(4): 571-8.
- Vitaro F and Dobkin PL. Prevention of Substance Use/Abuse in Early Adolescents with Behavior Problems. *Journal of Alcohol and Drug Education* 1996; 41 (2): 11-38.

2.5 Which policy interventions are effective?

Recommendation 7

To reduce alcohol related harm, make alcohol less affordable.

- Consider introducing a minimum price per unit.*
- Regularly review the minimum price per unit to ensure alcohol does not become more affordable over time.*
- Regularly review alcohol duties to make sure alcohol does not become more affordable over time.*

GRADE 1A

The source guideline (NICE, 2010) found a considerable evidence base relating to the impact of price/taxation on alcohol consumption and related outcomes was identified. Nine pieces of evidence, including one very extensive systematic review, were included. Evidence demonstrated a clear relationship between price/tax increases and reductions in the demand for alcohol. A positive relationship between alcohol affordability and alcohol consumption was reported as operating across the European Union. The evidence base showed a relationship between price/tax increases and reductions in alcohol-related harms. A positive relationship between alcohol consumption and liver cirrhosis, traffic injuries, and traffic deaths was also observed. Limited evidence suggested that minimum pricing may be an effective approach in reducing alcohol consumption.

The evidence is valid and coherent.

Evidence summary

The authors of the source guideline (NICE, 2010) performed a systematic review on the effectiveness of price controls in reducing alcohol consumption, alcohol misuse, alcohol-related harm or alcohol-related social problems among adults and young people (Jackson et al., 2010). This review resulted in the following evidence statements:

Evidence statement 1.1

A comprehensive systematic review was identified that demonstrated a clear association between price/tax increases and reductions in consumer demand for alcohol (Booth et al., 2008). These conclusions were based on two rigorous meta-analyses of price elasticities. Further evidence was supportive of a negative relationship between the price of alcohol and alcohol consumption among young people (Sutton & Godfrey, 1995; Grossman et al., 1987). A positive relationship between alcohol affordability and alcohol consumption operating across the European Union was identified (Rabinovich et al., 2009).

- 1 Booth et al., 2008 (Systematic review, ++)
- 2 Sutton & Godfrey, 1995 (Grouped data regression analysis) UK
- 3 Grossman et al., 1987 (Logit estimation analysis) USA
- 4 Rabinovich et al., 2009 (Mixed methods study) European Union

Evidence statement 1.2

The systematic review by Booth et al. (2008) reported that there is some evidence that young people, binge drinkers and harmful drinkers tend to show a preference for cheaper drinks.

- 1 Booth et al., 2008 (Systematic review, ++)

Evidence statement 1.3

A limited evidence base was identified that indicated that minimum pricing may be effective in reducing alcohol consumption (Booth et al., 2008; Record & Day, unpublished). Consulted members of the community were supportive of such measures (Booth et al., 2008).

1 Booth et al., 2008 (Systematic review, ++)

2 Record & Day (unpublished) (Statistical analysis) UK

Evidence statement 1.4

An evidence base comprising a large number of primary studies was identified that demonstrated a relationship between price/tax increases and reductions in harms (Booth et al., 2008). Additional evidence indicates that decreases in the price of alcohol contribute towards increases in alcohol-related deaths, particularly in deaths attributable to chronic causes such as alcoholic liver disease (Herttua et al., 2008a). Population groups specifically affected included the older population, the unemployed and individuals with lower levels of education, social class and income (Herttua et al., 2008a). However, the same authors observed no increase in interpersonal violence rates following the decrease in alcohol prices (Herttua et al., 2008b). Wagenaar et al., 2009 demonstrated that increases in tax were associated with decreases in alcohol-related disease mortality.

1 Booth et al., 2008 (Systematic review, ++)

2 Herttua et al., 2008a (Before and after study, ++) Finland

3 Herttua et al., 2008b (Before and after study, ++) Finland

4 Wagenaar et al., 2009 (Time series analysis, ++) USA

Evidence statement 1.5

Results of a meta-regression analysis of own price elasticity estimates found a longitudinal trend whereby consumer demand for alcohol beverages was increasingly inelastic until 1969 and subsequently decreasingly inelastic. The study authors discuss whether this effect might be potentially attributable to a substitution of alcohol with increasingly available illicit drugs. However, no evidence is currently available to support this hypothesis (Fogarty, 2006).

1 Fogarty, 2006 (Meta-regression analysis)

Evidence statement 1.6

The same meta-regression analysis also demonstrated that the higher the relative market share of a beverage, the more inelastic the consumer demand (Fogarty et al., 2006). Therefore, it can be anticipated that the most popular beverages within a market will be least responsive to changes in alcohol price or taxation.

1 Fogarty, 2006 (Meta-regression analysis)

Other considerations

The authors of the source guideline agreed that the state has a duty to look after the welfare of the population as a whole (Nuffield Council on Bioethics 2007). This includes protecting it from the range of problems that may be caused by alcohol. The authors of the source guideline believe interventions to prevent alcohol-related harm are likely to improve the population's overall wellbeing and productivity. It also believes they will help reduce health inequalities, as alcohol-related problems have a disproportionate effect on disadvantaged groups.

The authors of the source guideline believe both population-wide and individual interventions are needed as part of a combined approach to reducing alcohol-related harm that will benefit society as a whole. Population-level approaches are very important because they can help reduce the aggregate level of alcohol consumed and therefore lower the whole population's risk of alcohol-related harm. They can help those not in regular contact with relevant services. They can also help reduce the number of people who start drinking harmful or

hazardous amounts in the first place. In addition, they may help those who have been specifically advised to reduce their alcohol intake, by creating an environment that supports lower risk drinking.

The authors of the source guideline acknowledge that some people drink alcohol as a result of underlying problems. Clearly, these need to be addressed along with any alcohol-related issues.

References (all were cited from Jackson et al., 2010)

- Booth A, Meier P, Stockwell T, Sutton A, Wilkinson A, Wong R, Brennan A, O'Reilly D, Purshouse R and Taylor K. Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion, Part A: Systematic Reviews. 2008. Department of Health.
- Fogarty J. The nature of the demand for alcohol: understanding elasticity. *British Food Journal* 2006; 108 (4): 316-332
- Grossman M, Coate D, and Arluck GM. Price sensitivity of alcoholic beverages in the United States: youth alcohol consumption. *Advances in Substance Abuse* 1987; Suppl 1, 169-198.
- Herttua K, Makela P and Martikainen, P. Changes in Alcohol-Related Mortality and its Socioeconomic Differences After a Large Reduction in Alcohol Prices: A Natural Experiment Based on Register Data. *American Journal of Epidemiology* 2008a; 168: 1110-1118.
- Herttua K, Makela P, Martikainen P and Siren R. The impact of a large reduction in the price of alcohol on area differences in interpersonal violence: a natural experiment based on aggregate data. *J Epidemiol Community Health* 2008b; 62 (11): 995-1001.
- Jackson R, Johnson M, Campbell F, Messina J, Guillaume L, Meier P, Goyder E, Chilcott J. Interventions on Control of Alcohol Price, Promotion and Availability for Prevention of Alcohol Use Disorders in Adults and Young People. A background document belonging to NICE, (2010). Available through: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13001/49001/49001.pdf>.
- Rabinovich L, Brutscher PB, De Vries H, Tiessen J, Clift J and Reding A. The affordability of alcoholic beverages in the European Union, RAND Europe, 2009.
- Record C and Day C. Britain's alcohol market: How minimum alcohol prices could stop moderate drinkers subsidising those drinking at hazardous and harmful levels. *Clin Med* 2009; 9(5):421-5.
- Sutton M and Godfrey C. A grouped data regression approach to estimating economic and social influences on individual drinking behaviour. *Health Economics* 1995; 4: 237-247.
- Wagenaar A, Maldonado-Molina M, and Wagenaar BH. Effects of alcohol tax increases on alcohol-related disease mortality in Alaska: time-series analyses from 1976 to 2004. *American Journal of Public Health* 2009; 99 (1): 1-8.

Recommendation 8a

Ensure children and young people's exposure to alcohol advertising is as low as possible by considering a review of the current advertising codes. This review would ensure:

- *The limits set by the Advertising Standards Authority (ASA) for the proportion of the audience under age 18 are appropriate;*
- *Where alcohol advertising is permitted there is adequate protection for children and young people;*
- *All alcohol marketing, particularly when it involves new media (for example, web-based channels and mobile phones) and product placement, is covered by a stringent regulatory system which includes ongoing monitoring of practice.*

GRADE 2A

The source guideline (NICE, 2010) found evidence from three large systematic reviews that was supportive of a relationship between alcohol advertising and promotion and alcohol consumption, particularly among young people. Exposure to alcohol advertising and promotion was associated with the onset of adolescent alcohol consumption and with increased consumption amongst adolescents who were already drinking at baseline. A moderate but consistent association was also observed between point of purchase promotions and effects on alcohol consumption among underage drinkers, binge drinkers and regular drinkers. Outdoor and print advertising media may increase the probability of onset of adolescent alcohol consumption and also influence quantity and frequency of alcohol consumption among young people. Ownership of an alcohol promotional item or branded merchandise may be associated with increased initiation of drinking. Exposure to television and other broadcast media was linked with onset of and levels of alcohol consumption. The content of alcohol advertising was reported to be attractive to young people, conveying desirable lifestyles and images of alcohol consumption. Younger age groups and 15 to 17 year old girls were reported to be potentially experiencing the greatest impact of alcohol advertising.

The evidence is valid and coherent.

Evidence summary

The authors of the source guideline (NICE, 2010) performed a systematic review on the effectiveness of the control of alcohol promotion (e.g. advertising) in reducing levels of consumption, alcohol misuse, alcohol-related harm or alcohol-related social problems among adults and young people (Jackson et al., 2010). Eight pieces of evidence were included, including findings from extensive systematic reviews. The review resulted in the following evidence statements.

Evidence statement 3.1

One systematic review (Booth et al., 2008) demonstrated a small but consistent relationship between advertising and alcohol consumption at a population level.

1 Booth et al., 2008 (systematic review, ++)

Evidence statement 3.2

A systematic review of longitudinal studies found that exposure to alcohol advertising and promotion was associated with the onset of adolescent alcohol consumption and with increased consumption amongst adolescents who were already drinking at baseline assessment (Anderson et al., 2009). Booth et al. presented evidence of a small but consistent relationship between advertising and alcohol consumption among young people at an individual level (Booth et al., 2008). The review by Smith & Foxcroft concluded that the evidence base suggested the existence of an association between exposure to alcohol advertising and promotion and alcohol consumption among young people (Smith and Foxcroft, 2009). Further reviews were also indicative of alcohol advertising having an impact among young people, with evidence of awareness, familiarity and appreciation of alcohol advertisements among this age group (Hastings et al., 1992 and 2005).

1 Anderson et al., 2009 (systematic review, ++)

2 Booth et al., 2008 (systematic review, ++)

3 Smith & Foxcroft, 2009 (systematic review, ++)

4 Hastings et al., 1992 (Literature review)

5 Hastings et al., 2005 (Literature review)

Evidence statement 3.3

One systematic review presented evidence of a moderate but consistent association between point of purchase promotions and effects on alcohol consumption among underage drinkers, binge drinkers and regular drinkers (Booth et al., 2008).

1 Booth et al., 2008 (systematic review, ++)

Evidence statement 3.4

The systematic review by Booth et al. (2008) reported that outdoor and print advertising media may increase the probability of onset of adolescent alcohol consumption and also influence quantity and frequency of alcohol consumption among young people. Another review included one USA-based study that reported that outdoor advertising media did not have any effect on alcohol behaviour, but was a predictor of intention to use alcohol among adolescents (Anderson et al., 2009).

1 Booth et al., 2008 (systematic review, ++)

2 Anderson et al., 2009 (systematic review, ++)

Evidence statement 3.5

Reviewed studies showed the high prevalence of ownership of alcohol-related merchandise among young people (Booth et al., 2008). Evidence from the USA and included in the systematic review by Anderson et al. suggested that ownership of an alcohol promotional item or branded merchandise may be associated with increased initiation of drinking (Anderson et al., 2009). The relationship between such ownership and initiation of or current drinking was inconclusive.

1 Booth et al., 2008 (systematic review, ++)

2 Anderson et al., 2009 (systematic review, ++)

Evidence statement 3.6

One systematic review reported that evidence from longitudinal studies consistently demonstrated that exposure to television and other broadcast media was linked with onset of and levels of alcohol consumption (Booth et al., 2008). Further evidence was included in another review, which indicated that exposure to alcohol portrayals via television (including advertisements aired during sports programmes) and other broadcast media may be linked with alcohol use among adolescents (Anderson et al., 2009).

1 Booth et al., 2008 (systematic review, ++)

2 Anderson et al., 2009 (systematic review, ++)

Evidence statement 3.7

The content of alcohol advertising was reported to be attractive to young people, conveying desirable lifestyles and images of alcohol consumption. Younger age groups and 15 to 17 yr old girls were reported to be potentially experiencing the greatest impact of alcohol advertising (Booth et al., 2008). A further UK-specific report showed that, despite changes to the Advertising Code, whilst advertising recall fell (potentially due to reduced television advertising expenditure over the study period), there was an increased perception among young people that television alcohol advertisements were appealing and would encourage people to drink (OFCOM, 2007). However, there was a decrease in the proportion of young people who considered alcohol commercials to be aimed at them (OFCOM, 2007). A further report stated that there was no scientific evidence available to describe the effectiveness of self-regulation in alcohol advertising (Anderson, 2007).

1 Booth et al., 2008 (systematic review, ++)

2 OFCOM, 2007 (Mixed methods study) UK

3 Anderson, 2007 (Literature review)

Recommendation 8b

Assess the potential costs and benefits of a complete alcohol advertising ban to protect children and young people from exposure to alcohol marketing.

GRADE 2C

The authors of the source guideline (NICE, 2010) found inconclusive evidence of the impact of advertising bans on alcohol consumption.

The review cited above (Jackson et al., 2010) resulted in the following evidence statements on advertising bans:

Evidence statement 3.8

Inconclusive evidence was identified of the impact of advertising bans on alcohol consumption (Booth et al., 2008; FDS International and Volterra Consulting, 2008).

1 Booth et al., 2008 (systematic review, ++)

2 FDS International and Volterra Consulting, 2008 (Literature review)

Other considerations

Evidence from a systematic review of 132 studies finds a clear and consistent relationship between advertising expenditure and alcohol consumption, across the whole population. However, the median effect is very small, possibly due to the limited variation in advertising expenditure, which restricts the range of effects that are available for analysis. A greater variation might have produced larger effects. There is limited evidence relating to a complete ban on advertising. However, there is evidence that bans on tobacco have had an impact on tobacco consumption and the authors of the source guideline considered that this issue merited further consideration.

There is strong evidence that alcohol advertising affects children and young people. The data show that exposure to alcohol advertising is associated with an earlier onset of drinking and an increased consumption among young people who already drink.

The authors of the source guideline noted that the Chief Medical Officer has called for an alcohol-free childhood up to the age of 15. Young people are particularly vulnerable to alcohol and the harm it causes, because they are still developing both physically and emotionally. They may also be drinking in unsupervised situations and in 'unsafe' environments (parks and street corners) where problems are more likely to occur. The authors of the source guideline noted that young people may have underlying problems which may cause them to drink alcohol and that these need to be addressed. For example, their behaviour in relation to alcohol may be indicative of underlying difficulties within the family, school or elsewhere.

The problems young people aged under 16 may face and their susceptibility to alcohol will vary greatly. For example, a young person aged 10 is different both physically and emotionally to someone aged 15. In addition, young girls and boys develop at a different rate (girls often experience puberty earlier than boys). Girls who drink at an earlier age may be more likely to take risks with their sexual health, while boys may be more likely to have accidents or experience a trauma. Thus, it takes professional judgement to decide how to deal with children and young people who drink early in life.

References (all were cited from: Jackson et al., 2010)

- Anderson P, de Brujn A, Angus K, Gordno R, Hastings G. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and Alcoholism* 2009; 44(3): 229-43.
- Booth A, Meier P, Stockwell T, Sutton A, Wilkinson A, Wong R, Brennan A, O'Reilly D, Purshouse R and Taylor K. Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion, Part A: Systematic Reviews. Department of Health, 2008.
- FDS International & Volterra Consulting. Advertising and the misuse of alcohol. 2008.
- Hastings G, Anderson S, Cooke E and Gordon R. Alcohol marketing and young people's drinking: A review of the research. *Journal of Public Health Policy* 2005; 26 (3): 296-311.
- Hastings GB, MacKintosh AM and Aitken PP. Is alcohol advertising reaching the people it shouldn't? *Health Education Journal* 1992; 51 (1): 38-42.

- Jackson R, Johnson M, Campbell F, Messina J, Guillaume L, Meier P, Goyder E, Chilcott J. Interventions on Control of Alcohol Price, Promotion and Availability for Prevention of Alcohol Use Disorders in Adults and Young People. A background document belonging to NICE, 2010.
- OFCOM & Advertising Standards Authority. Young people and alcohol advertising, 2007.
- Smith LA and Foxcroft DR. The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. BMC Public Health 2009; Feb 6 (9): 51.