

Comment les étudiants de l'enseignement supérieur souffrant d'intoxication alcoolique aiguë perçoivent-ils la qualité de leur prise en charge aux urgences du CHR Citadelle de Liège.

Auteur : Habets, Sarah

Promoteur(s) : ADAM, Eric

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Année académique : 2025-2026

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/25461>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**COMMENT LES ÉTUDIANTS DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR SOUFFRANT D'INTOXICATION ALCOOLIQUE AIGÜE
PERÇOIVENT-ILS LA QUALITÉ DE LEUR PRISE EN CHARGE AUX
URGENCES DU CHR CITADELLE DE LIÈGE ?**

Mémoire présenté par **Sarah Habets**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en Praticien spécialisé de Santé Publique

Année académique 2025-2026

**COMMENT LES ÉTUDIANTS DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR SOUFFRANT D'INTOXICATION ALCOOLIQUE AIGÜE
PERÇOIVENT-ILS LA QUALITÉ DE LEUR PRISE EN CHARGE AUX
URGENCES DU CHR CITADELLE DE LIÈGE ?**

Mémoire présenté par **Sarah Habets**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité spécialisée en Praticien spécialisé de Santé Publique
Année académique 2025-2026
Promoteur : Éric Adam

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon promoteur, Monsieur Éric Adam pour son accompagnement, ses conseils ainsi qu'à sa disponibilité tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je souhaite également remercier l'Université de Liège ainsi que l'ensemble du corps professoral pour les enseignements et l'encadrement apporté durant mon parcours universitaire.

Je remercie également toutes les personnes ayant donné de leur temps et ayant accepté de participer à cette étude et d'avoir partagé leur expérience dans le cadre de cette recherche.

Je voudrai aussi remercier les personnes qui ont accepté de relire ce travail et qui m'ont aidée à améliorer mon orthographe et ma syntaxe.

Je tiens également à remercier particulièrement mon entourage, mes amis, mes collègues ainsi que mon compagnon pour leur soutien, leur patience et leurs encouragements tout au long de ce travail.

Enfin, je tiens à dédier ce mémoire à ma grand-mère, en espérant qu'elle est fière de moi de là où elle est.

Résumé

Introduction : La consommation excessive d'alcool chez les étudiants constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. Les intoxications alcooliques aiguës représentent une cause fréquente d'admission aux urgences chez les jeunes adultes et s'inscrivent dans un contexte de banalisation des consommations excessives d'alcool au sein des milieux étudiants. Dans ce contexte, les interventions brèves sur l'alcool sont progressivement intégrées aux recommandations de santé publique afin de renforcer la prévention et le repérage précoces des consommations à risque. Toutefois, peu d'études se sont intéressées à la manière dont les étudiants perçoivent leur prise en charge aux urgences ainsi que les interventions brèves dans ce contexte particulier.

Matériel et méthode : cette étude qualitative à visée exploratoire a été réalisée auprès de quatorze étudiants ou jeunes diplômés admis aux urgences du CHR Citadelle de Liège à la suite d'une intoxication alcoolique aiguë. Les données ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire d'AUDIT ainsi que d'entretiens semi-directifs individuels. Les entretiens ont ensuite été retranscrits puis analysés selon une approche thématique inspirée de Braun et Clarke tout en respectant les engagements imposés par le Comité d'Éthique.

Résultats : Les résultats mettent en évidence une perception contrastée de la prise en charge hospitalière. Les participants soulignent l'importance des dimensions relationnelles dans leur expérience des soins. Les attitudes empathiques, rassurantes et non jugeantes semblent favoriser une meilleure réception des messages de prévention, contrairement aux discours perçus comme moralisateurs ou culpabilisants. Les participants se montrent globalement favorables aux IBA, à condition qu'elles soient adaptées à leur état physique et psychologique et proposées dans une approche centrée sur l'écoute.

Conclusion : Cette étude souligne l'importance des dimensions relationnelles dans la prise en charge des étudiants admis pour IAA aux urgences. Les résultats suggèrent que les IBA pourraient constituer un outil pertinent de prévention et de sensibilisation lorsqu'elles sont intégrées de manière adaptée au contexte des services d'urgences.

Mots-clés : étudiants, recherche qualitative, intoxication alcoolique aiguë, interventions brèves sur l'alcool, santé publique

Abstract

Introduction: Excessive alcohol consumption among students is currently a major public health issue. Acute alcohol intoxications represent a frequent cause of emergency department admissions among young adults and occur in a context of normalization of excessive alcohol consumption within student environments. In this context, brief alcohol interventions are progressively being integrated into public health recommendations in order to strengthen prevention and early screening of at-risk alcohol consumption. However, few studies have focused on the way students perceive their care in emergency departments as well as brief interventions in this particular context.

Materials and methods: This exploratory qualitative study was conducted among fourteen students or recent graduates admitted to the emergency department of the CHR Citadelle of Liège following acute alcohol intoxication. Data were collected using an AUDIT questionnaire as well as individual semi-structured interviews. The interviews were then transcribed and analysed according to a thematic approach inspired by Braun and Clarke while respecting the commitments imposed by the Ethics Committee.

Results: The results highlight a contrasted perception of hospital care. Participants underline the importance of relational dimensions in their care experience. Empathic, reassuring and non-judgmental attitudes seem to promote a better reception of prevention messages, unlike speeches perceived as moralizing or guilt-inducing. Participants were generally favourable to brief alcohol interventions, provided that they were adapted to their physical and psychological condition and proposed within an approach centred on listening.

Conclusion: This study highlights the importance of relational dimensions in the care of students admitted to emergency departments for acute alcohol intoxication. The results suggest that brief alcohol interventions could constitute a relevant tool for prevention and awareness when they are integrated in a manner adapted to the context of emergency departments.

Keywords: students, qualitative research, acute alcohol intoxication, brief alcohol interventions, public health

Abréviations

OMS : Organisation mondiale de la Santé

IAA : Intoxication alcoolique aiguë

IBA : Intervetion Brève sur l'Alcool

AUDIT : Alcool Use Disorders Identification Test

Table des matières

Préambule.....	6
Introduction	7
Situation actuelle et enjeux en santé publique	7
Consommation d'alcool chez les étudiants et recours aux services d'urgences	8
Stratégie de prise en charge	9
Politiques publiques et dispositifs existants	10
La problématique étudiée	11
Matériel et méthode.....	13
Type d'étude	13
Population et recrutement.....	13
Dimensions étudiées et question de recherche	14
Méthodes et outils de collecte des données.....	15
Considérations éthiques	16
Organisation et planification de la collecte des données.....	16
Traitement et méthode d'analyse des données	17
Forces, biais et limites de l'étude	18
Résultats.....	19
Tableau des participants	19
Présentation des thèmes	21
La perception de la prise en charge hospitalière	21
La relation soignant-soigné	Error! Bookmark not defined.
La perception des interventions brèves sur l'alcool	27
Discussion.....	30
Le décalage entre les recommandations et le vécu des patients.....	30
La relation soignant-soigné	31
Les conditions d'acceptabilité des interventions brèves sur l'alcool	33
La banalisation de l'alcool dans le contexte étudiant	34
Perspectives	36
Conclusion	39
Bibliographie	41
Annexes.....	46

Préambule

Le choix de ce sujet de mémoire s'inscrit à la fois dans mon parcours personnel, professionnel et universitaire. Ayant fréquenté et fréquentant encore aujourd'hui le milieu festif étudiant, j'ai été régulièrement confrontée à la place importante qu'occupe l'alcool dans certains contextes sociaux et étudiants. Au fil des années, cette réalité m'a progressivement amenée à m'interroger sur la banalisation des consommations excessives d'alcool ainsi que sur leurs conséquences sanitaires, sociales et humaines.

Mon expérience professionnelle en tant que barman durant une grande partie de mes études a également renforcé cette réflexion. Ce travail m'a permis d'observer de manière concrète certaines pratiques de consommation, mais également les comportements à risque pouvant y être associés. Par ailleurs, plusieurs formations concernant les dangers liés à la consommation d'alcool et la prévention des risques m'ont sensibilisée davantage à cette problématique et ont suscité chez moi l'envie d'approfondir ce sujet dans le cadre de ce mémoire.

La question des intoxications alcooliques aiguës chez les étudiants m'a semblé particulièrement pertinente dans une perspective de santé publique. En effet, au-delà des conséquences médicales immédiates, ces situations soulèvent également des enjeux de prévention, de sensibilisation, de réduction des risques et d'organisation des soins, notamment au sein des services d'urgences régulièrement confrontés à ce type de prise en charge.

À travers cette recherche, j'ai souhaité mieux comprendre le vécu des étudiants admis aux urgences pour intoxication alcoolique aiguë ainsi que leur perception des approches de sensibilisation et de prévention proposées dans ce contexte particulier.

Introduction

Situation actuelle et enjeux en santé publique

La consommation nocive d'alcool constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), elle est responsable d'environ trois millions de décès chaque année (1). L'alcool est une substance légale et largement accessible, fortement ancrée dans les habitudes sociales et culturelles de nombreuses sociétés (2). Sa consommation est fréquemment associée aux contextes festifs, relationnels et étudiants, ce qui contribue à banaliser ses effets psychotropes, toxiques et sanitaires (2).

Parmi les conséquences immédiates liées à une consommation excessive d'alcool, l'intoxication alcoolique aiguë (IAA) représente une problématique particulièrement préoccupante. Celle-ci résulte d'une consommation importante d'alcool sur une courte période et peut entraîner différents symptômes neurologiques, respiratoires, cardiovasculaires et comportementaux. Ces derniers peuvent, dans les cas les plus sévères, conduire à des complications graves et dans les cas extrêmes, au décès (3). Dans ce contexte, une prise en charge rapide dans les services d'urgences est nécessaire afin de prévenir les complications potentiellement graves associées à ces épisodes d'alcoolisation aiguë (3).

Au-delà de leurs conséquences individuelles, les IAA représentent également une charge importante pour les systèmes de soins. En effet, la consommation nocive d'alcool contribue significativement à la morbidité mondiale, avec une part estimée à 6,9% chez les hommes et 2,0% chez les femmes selon l'OMS (2). Cette problématique touche particulièrement les jeunes adultes. En effet, les personnes âgées de 20 à 39 ans présentent une proportion élevée de décès attribuables à l'alcool, estimée à environ 13%, ce qui en fait une population particulièrement vulnérable (2).

Face à ces enjeux, plusieurs stratégies de prévention et de prise en charge ont été développées afin de réduire les dommages liés à la consommation d'alcool. L'OMS recommande notamment le recours au dépistage précoce, aux interventions brèves ainsi qu'aux traitements psychologiques et médicamenteux pour les personnes présentant des consommations à risque (4). Malgré cela, la prise en charge des problématiques liées à l'alcool reste encore

insuffisante dans de nombreux pays, où seule une minorité des personnes concernées bénéficie effectivement d'un accompagnement adapté (4).

Consommation d'alcool chez les étudiants et recours aux services d'urgences

Parmi les populations particulièrement concernées par ces problématiques figurent les étudiants de l'enseignement supérieur (5). Plusieurs études montrent que les étudiants présentent des niveaux de consommation d'alcool plus élevés que les jeunes adultes du même âge qui ne fréquentent pas les milieux étudiants (5). Ces consommations s'inscrivent souvent dans des contextes festifs et sociaux où l'alcool occupe une place importante, favorisant une normalisation des comportements à risque (6).

À l'échelle européenne, la situation apparaît particulièrement préoccupante. En effet, la région européenne de l'OMS présente les niveaux de consommation d'alcool les plus élevés au monde, avec près d'un million de décès attribuables à l'alcool chaque année (7). Chez les jeunes adultes, l'OMS estime qu'un décès sur quatre est lié à l'alcool dans la tranche des 20 à 24 ans (7).

La consommation excessive d'alcool chez les étudiants est notamment associée au Binge Drinking (BD), défini comme une consommation importante d'alcool sur une courte période, généralement six unités d'alcool en deux heures ou moins (8). Ce mode de consommation est aujourd'hui considéré comme un enjeu majeur de santé publique en raison des nombreuses conséquences qui y sont associées, telle que les accidents de la route, les agressions physiques ou sexuelles, les comportements à risque ainsi que les IAA nécessitant parfois une admission aux urgences (9).

Les services d'urgences occupent dès lors une place particulière dans la prise en charge de ces situations. En effet, plusieurs travaux mettent en évidence un lien important entre les consommations excessives d'alcool et les admissions aux urgences avec des conséquences sanitaires, sociales et économiques (9). En effet, les IAA peuvent être associées à des traumatismes, des accidents, des comportements à risque ainsi qu'à différentes complications médicales nécessitant une prise en charge rapide. Ces épisodes représentent donc une charge importante pour les services d'urgences en raison de la fréquence des admissions de la mobilisation des ressources de soins et des conséquences organisationnelles qui y sont

associées. Cependant, dans ce contexte, ces services représentent également un lieu potentiel de prévention et de sensibilisation, notamment à travers le dépistage des consommations à risque et la mise en place d'interventions brèves, adaptées aux jeunes adultes (10). En effet, les épisodes d'IAA peuvent constituer un moment propice afin d'amorcer une réflexion concernant la consommation d'alcool, particulièrement chez les étudiants qui ne sont pas nécessairement suivis dans des structures spécialisées.

Stratégie de prise en charge

Afin de répondre aux problématiques liées aux consommations à risque d'alcool, différentes stratégies de prévention et de prise en charge ont été développées au cours des dernières années (10). Parmi elles, les interventions brèves sur l'alcool (IBA) occupent une place importante dans les recommandations internationales en matière de santé publique (10). Ces interventions consistent généralement en un échange court et structuré visant à sensibiliser les patients à leur consommation d'alcool, à favoriser une prise de conscience des risques encourus et à encourager une éventuelle modification des comportements de consommation (10). Les services d'urgences représentent un contexte particulièrement pertinent pour la mise en place de ces interventions. Plusieurs auteurs les considèrent en effet comme un « teachable moment », c'est-à-dire un moment propice à la sensibilisation et à l'amorce d'une réflexion concernant la consommation d'alcool chez les jeunes adultes (10). Les épisodes d'IAA peuvent ainsi constituer une opportunité d'intervention auprès de patients qui ne sont pas nécessairement en contact avec des structures de soins spécialisés en assuétudes (11).

Plusieurs études montrent que les IBA peuvent contribuer à réduire les consommations problématiques d'alcool ainsi que certaines conséquences associées, notamment chez les jeunes adultes et les étudiants (10)(12). Toutefois, malgré leur efficacité démontrée, les IBA restent encore difficilement intégrées dans les pratiques cliniques courantes, et ce, particulièrement dans les services d'urgences confrontés à des contraintes organisationnelles importantes, à un manque de temps, mais aussi à la complexité de la prise en charge des IAA (10).

En Belgique, les admissions aux urgences pour IAA ne cessent d'augmenter, mettant en évidence la nécessité de développer des stratégies de prévention et de prise en charge adaptées, notamment auprès de la population étudiante, chez qui la consommation excessive

d'alcool apparaît souvent banalisée, voire normale et fortement intégrée aux dynamiques sociales et festives (13). En effet, dans les milieux étudiants, les consommations importantes d'alcool sont fréquemment associées aux activités estudiantines, aux « guindailles » ou encore aux rites d'intégration, ce qui peut contribuer à minimiser la perception des risques liés aux épisodes d'IAA.

C'est pourquoi cette banalisation peut également favoriser une certaine normalisation des comportements de BD ainsi qu'une sous-estimation des conséquences sanitaires, psychologiques et sociales associées à ces consommations. Dans ce contexte, les étudiants représentent une population particulièrement importante à cibler dans les stratégies actuelles de prévention et de sensibilisation liées à l'alcool, notamment au sein des services d'urgences régulièrement confrontés à ce type de prise en charge.

Politiques publiques et dispositifs existants

Face à l'augmentation des problématiques liées à l'alcool, plusieurs stratégies de santé publique ont été développées en Belgique afin de renforcer la prévention et la prise en charge des consommateurs à risque (14). Dans cette optique, le SPF Santé publique a notamment mis en place en 2009 le « dispositif alcool », visant à former le personnel soignant des services d'urgences afin d'améliorer la prise en charge des patients présentant une consommation problématique d'alcool, notamment à travers l'intégration d'IBA (14).

Ce dispositif a progressivement été étendu à plusieurs hôpitaux belges à partir de 2013, dont le CHR Citadelle de Liège. Il s'inscrit dans une dynamique plus large de structuration des politiques publiques en matière d'alcool. Cette volonté s'est notamment concrétisée par l'élaboration du plan alcool belge de 2013, qui constituait une première tentative de coordination nationale visant à réduire la consommation nocive d'alcool à travers des actions de prévention, de sensibilisation et d'amélioration de la prise en charge des consommateurs à risque (15). Malgré la bonne volonté des politiques, certaines critiques ont été formulées au sujet du manque de mesures structurelles contraignantes, mais aussi des difficultés de coordination entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge des problématiques d'assuétudes. Ces critiques ont eu pour conséquence l'abandon de ce premier projet (15).

Face à ces limites, un nouveau plan interfédéral alcool 2023-2025 a été élaboré afin de renforcer les stratégies de prévention et d'amélioration de la prise en charge des

consommateurs (16). Celui-ci insiste notamment sur le développement de dépistage précoce, des interventions brèves, ainsi que sur une meilleure orientation des patients vers des structures de soins adaptées, en particulier chez les jeunes adultes identifiés comme une population particulièrement à risque en raison de la fréquence des comportements de BD (16).

Le plan met également l'accent sur l'importance de renforcer la sensibilisation aux risques liés à l'alcool, d'améliorer la coordination entre les différents acteurs de soins et de favoriser une approche plus globale des problématiques d'assuétudes. Parmi les mesures proposées figurent notamment le renforcement des actions de prévention auprès des jeunes, l'amélioration de l'accès aux dispositifs d'accompagnement, le développement du repérage précoce dans différents contextes de soins ainsi qu'une meilleure intégration des approches de réduction des risques dans les stratégies de santé publique.

Cette nouvelle stratégie interfédérale témoigne par conséquent d'une volonté progressive de considérer, sous un angle sécuritaire, les problématiques liées à l'alcool comme un enjeu majeur de santé publique nécessitant des approches préventives, éducatives et psychosociales adaptées aux réalités actuelles des consommateurs, tous publics confondus.

La problématique étudiée

Malgré le développement progressif de ces stratégies, la prise en charge des IAA dans les services d'urgences reste encore majoritairement centrée sur la gestion somatique de l'épisode aigu (17). Les recommandations cliniques insistent principalement sur la surveillance des paramètres vitaux, la prévention des complications médicales et le rétablissement de l'état clinique du patient (17). Toutefois, plusieurs auteurs soulignent également l'importance d'intégrer des dimensions psychosociales et relationnelles dans la prise en charge des consommations problématiques d'alcool, notamment à travers l'écoute, la sensibilisation, les IBA et l'accompagnement motivationnel (18).

Dans ce contexte, les services d'urgences pourraient représenter non seulement un lieu de soins aigus, mais également une opportunité de sensibilisation et d'intervention précoces auprès des jeunes à consommation à risque. Malgré l'intérêt croissant porté aux IBA dans la littérature scientifique et dans les politiques publiques, plusieurs travaux soulignent que leurs intégrations concrètes dans les pratiques cliniques restent encore limitées, particulièrement

dans les services d'urgences confrontés à d'importantes contraintes organisationnelles (10)(17)(18).

Par ailleurs, la littérature disponible concernant les IAA et les IBA se concentre principalement sur l'efficacité des dispositifs de prévention ainsi qu'à l'évolution des comportements de consommation d'alcool (10)(12). En revanche, peu de travaux explorent spécifiquement le vécu subjectif des patients concernant leur prise en charge aux urgences après une IAA ainsi que leur perception des approches de sensibilisation et des IBA dans ce contexte particulier.

Pourtant, la perception des patients concernant la qualité relationnelle des soins, le ton employé par les soignants ou encore l'acceptabilité des interventions proposées pourrait influencer la réception des messages de prévention ainsi que l'adhésion éventuelle à des démarches de sensibilisation ou d'accompagnement ultérieures. Dans cette perspective, mieux comprendre le vécu des étudiants admis pour IAA pourrait permettre d'identifier certaines limites des dispositifs actuels ainsi que d'éventuelles pistes d'amélioration des pratiques de prévention et de prise en charge dans les services d'urgences.

Dans ce cadre, la présente étude vise à explorer la perception des étudiants admis pour intoxication alcoolique aiguë au sein des services d'urgences du CHR Citadelle de Liège afin de mieux comprendre leur vécu de la prise en charge et d'identifier d'éventuelles pistes d'amélioration.

Matériel et méthode

Type d'étude

Cette recherche adopte une approche qualitative à visée exploratoire qui semble particulièrement pertinente au regard des objectifs de cette étude. Elle visait à explorer la manière dont les étudiants admis aux urgences pour IAA perçoivent leur prise en charge, notamment en ce qui concerne les IBA ainsi que les dimensions relationnelles associées aux soins.

Cette approche permet d'explorer, à partir du point de vue des participants, les conditions dans lesquelles ces interventions sont perçues, comprises et éventuellement intégrées dans le contexte particulier des services d'urgences. Elle permet également d'identifier les éléments susceptibles de favoriser ou de limiter l'acceptabilité de ces interventions auprès des étudiants.

Cette démarche qualitative apparaît pertinente dans le cadre de cette étude, car elle permet d'accéder au vécu, aux perceptions et aux expériences subjectives des participants concernant leur passage aux urgences pour IAA. Contrairement aux approches quantitatives centrées sur la mesure ou la fréquence des comportements, cette méthode permet d'explorer plus finement la manière dont les participants interprètent leur expérience de soins, les échanges avec les soignants, ainsi que les éventuelles démarches de sensibilisation mises en place durant leur prise en charge.

Cette méthode semblait donc être la plus pertinente afin de mieux comprendre la complexité des expériences vécues par les étudiants admis pour IAA et d'identifier certaines dimensions relationnelles ou contextuelles pouvant influencer la perception et l'acceptabilité des IBA dans le contexte des urgences.

Population et recrutement

La population étudiée est composée d'étudiants ou de jeunes diplômés récents de l'enseignement supérieur ayant été admis aux urgences du CHR Citadelle de Liège pour intoxication alcoolique aiguë.

Les participants devaient être majeurs et âgés principalement de 18 à 25 ans. Toutefois, certains participants légèrement plus âgés, mais toujours inscrits dans un cursus de

l'enseignement supérieur ont également été inclus. Les critères d'exclusion concernaient: les mineurs et mineures au moment de la prise en charge, les personnes n'ayant jamais fréquenté l'enseignement supérieur, les personnes prises en charge dans un autre établissement hospitalier que le CHR Citadelle de Liège ainsi que les patients admis pour d'autres motifs principaux que l'IAA.

Le recrutement des participants s'est fait principalement via les réseaux sociaux, notamment Facebook, ainsi que par le bouche-à-oreille. Cette méthode a permis de constituer un échantillon de participants répondant aux critères d'inclusion de l'étude tout en facilitant l'accès à une population parfois difficile à recruter dans le contexte particulier des IAA.

Le recours aux réseaux sociaux semblait assez pertinent dans le cadre de cette recherche en raison de leur large utilisation au sein de la population étudiante. Cette méthode permettait également de diffuser l'appel à la participation de manière rapide et relativement large auprès des étudiants susceptibles d'avoir vécu une prise en charge pour IAA.

L'échantillon repose sur la participation volontaire des participants. Le recrutement s'est poursuivi jusqu'à l'atteinte d'une saturation thématique, c'est-à-dire lorsque les données recueillies permettaient une exploration suffisamment approfondie des dimensions étudiées et qu'aucun nouvel élément majeur ne semblait émerger des entretiens. Cette logique de saturation est fréquemment utilisée dans la recherche qualitative afin de garantir une richesse suffisante des données recueillies au regard des objectifs de l'étude.

Dimensions étudiées et question de recherche

Malgré le développement des interventions brèves sur l'alcool dans les recommandations de santé publique, peu d'études se sont intéressées à la manière dont ces interventions et, plus largement, la prise en charge des IAA sont perçues par les étudiants eux-mêmes lors de leur passage aux urgences. Cette recherche vise donc à explorer la perception qu'ont les étudiants admis pour IAA de leur prise en charge au sein du service d'urgences du CHR Citadelle.

L'étude s'intéresse particulièrement à plusieurs dimensions : la perception globale de la prise en charge, la relation soignant-soigné ainsi que la perception des IBA dans ce contexte particulier. Une attention particulière est également portée aux éléments susceptibles d'influencer l'acceptabilité des messages de désensibilisation et des démarches de prévention proposées aux étudiants durant leur passage aux urgences.

Cette recherche tente également de mieux comprendre la manière dont les étudiants interprètent les échanges avec les soignants ainsi que les conditions dans lesquelles les interventions de prévention apparaissent acceptables ou, au contraire, difficilement recevables dans le contexte des IAA.

Tous ces éléments nous amènent à la question de recherche suivante : **Comment les étudiants de l'enseignement supérieur souffrants d'intoxication alcoolique aiguë perçoivent-ils la qualité de leur prise en charge aux urgences du CHR Citadelle de Liège ?**

Méthodes et outils de collecte des données

Cette étude repose sur l'utilisation de deux outils de collecte des données complémentaires.

Dans un premier temps, les participants ont complété un questionnaire d'AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification TEST) développé par l'OMS (19) (annexe 1). Cet outil standardisé permet d'identifier les consommations à risque d'alcool et d'obtenir des informations générales concernant les habitudes de consommation des participants. Le recours à cet outil permettait également de situer le profil de consommation des participants et d'apporter des éléments complémentaires aux données qualificatives recueillies lors des entretiens. En effet, l'AUDIT est fréquemment utilisé dans les recherches et les pratiques cliniques liées aux consommations d'alcool problématiques d'alcool en raison de sa simplicité d'utilisation et d'administration ainsi que sa capacité à repérer différents niveaux de risques associés à la consommation d'alcool. Dans le cadre de cette étude, cet outil permettait notamment de contextualiser les discours des participants concernant leur rapport à l'alcool et leur expérience des IAA.

Dans un second temps, des entretiens semi-directifs individuels ont été menés afin de recueillir les perceptions et les expériences des participants concernant leur prise en charge aux urgences. Ces entretiens reposaient sur un guide d'entretien composé de questions ouvertes et semi-ouvertes (annexe 2), réalisé conjointement par le promoteur et l'étudiante. Il permettait aux participants de développer librement leur vécu, leur perception, ainsi que leurs expériences personnelles liées à leur passage aux urgences.

Le recours à l'entretien semi-directif permettait de conserver une certaine flexibilité durant les échanges tout en garantissant l'exploration des principales thématiques de la recherche. Cette méthode favorisait ainsi l'expression libre des participants tout en permettant d'approfondir

certaines éléments de leur vécu lorsque ceux-ci apparaissaient pertinents au regard des objectifs de l'étude.

Considérations éthiques

Le recrutement des participants a débuté une fois que le Comité d'Éthique Hospitalo-facultaire de l'Université de Liège a donné son approbation pour la réalisation de l'étude (annexe 3).

Avant chaque entretien, les participants ont reçu un formulaire d'information concernant les objectifs et le déroulement de l'étude (annexe 4) fourni par le Comité d'Éthique ainsi qu'un formulaire de consentement éclairé (annexe 5). La signature du consentement et de bonne réception des documents de chaque participant a été recueillie avant de débiter les entretiens.

Les participants ont également été informés de leur droit d'interrompre l'entretien à tout moment sans devoir fournir de justification. La participation à l'étude reposait entièrement sur une démarche volontaire et aucun avantage financier ou autre n'était associé à la participation.

Les données recueillies ont été anonymisées afin de garantir la confidentialité des participants. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants puis retranscrits de manière anonyme dans le cadre de l'analyse des données.

Une attention particulière a également été portée au respect de la confidentialité des informations partagées durant les entretiens, compte tenu du caractère potentiellement sensible des expériences évoquées par les participants concernant leur consommation d'alcool et leur passage aux urgences.

Organisation et planification de la collecte des données

Le recrutement des participants s'est donc fait via les réseaux sociaux et le bouche-à-oreille et a permis d'identifier rapidement plusieurs étudiants répondant aux critères d'inclusion de l'étude. Dans certains cas, les coordonnées du chercheur ont été transmises par des participants eux-mêmes à d'autres volontaires potentiellement intéressés ou concernés par la recherche.

Après une première prise de contact, un rendez-vous était fixé selon les disponibilités et les préférences des participants. Les entretiens ont été réalisés soit en présentiel, soit à distance

par visioconférence. Cette flexibilité dans les modalités d'entretien visait notamment à faciliter la participation des étudiants et limiter certaines contraintes organisationnelles liées aux horaires, aux déplacements ou aux disponibilités des participants.

Les entretiens avaient une durée moyenne de trente minutes, avec certaines variations selon la richesse des récits et l'implication des participants dans les échanges.

Avant chaque entretien, un temps était consacré à la présentation de l'étude, à l'explication du formulaire d'information et du consentement éclairé ainsi qu'à la possibilité pour les participants de poser d'éventuelles questions concernant le déroulement de la recherche. Ce temps d'échange préalable visait également à instaurer un climat de confiance favorable à l'expression libre du vécu et des perceptions des participants durant l'entretien. Ce temps leur permettait également de réaffirmer leur consentement.

Traitement et méthode d'analyse des données

L'analyse des données s'est déroulée en parallèle de la collecte des entretiens selon une démarche progressive et itérative. Le questionnaire d'AUDIT est resté identique tout au long de l'étude, tandis que certaines questions du guide d'entretien ont pu être légèrement ajustées afin de permettre une exploration plus approfondie des dimensions investiguées au fil des entretiens.

Cette étude s'inscrit dans une logique d'intervention en santé publique centrée sur les IBA et leur intégration dans les prises en charge aux urgences. Une attention particulière a donc été portée aux éléments permettant d'identifier la présence, l'absence ou la perception d'interventions de type IBA dans le parcours de soins des participants, ainsi qu'aux facteurs susceptibles d'en favoriser ou d'en limiter l'acceptabilité et la mise en œuvre.

Les données ont été recueillies puis analysées selon une approche thématique inspirée des méthodes de recherche qualitative décrites par Braun et Clarke (20). Cette méthode permet d'identifier les éléments récurrents et des thèmes significatifs dans les discours des participants.

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants puis retranscrits intégralement avant l'analyse. Celle-ci s'est déroulée en plusieurs étapes comprenant une phase de familiarisation avec les données, un premier codage des Verbatims, un regroupement

progressif des codes ainsi qu'une construction des thèmes principaux issus des discours recueillis. Les thèmes ont été construits progressivement à partir des récurrences observées dans les entretiens ainsi que des liens identifiés entre certaines expériences et conditions de prise en charge.

Cette démarche a permis d'analyser les expériences des participants à partir de leur vécu tout en mettant en perspective les recommandations issues des politiques de santé publique et leurs applications concrètes dans le contexte des services d'urgences.

Forces, biais et limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites inhérentes aux recherches qualitatives à visée exploratoire.

Tout d'abord, le recrutement des participants reposait exclusivement sur le volontariat, ce qui peut entraîner un biais de sélection. Les étudiants ayant accepté de participer à l'étude étaient potentiellement plus à l'aise pour parler de leur expérience ou davantage sensibilisés aux questions liées à la consommation d'alcool que d'autres étudiants ayant refusé de participer.

Le recrutement via les réseaux sociaux et bouche-à-oreille peut également limiter la diversité des profils rencontrés. De plus, le nombre restreint de participants ne permet pas une généralisation des résultats à l'ensemble de la population étudiante et provoque un biais de généralisation. Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence et ne visent pas une représentativité statistique de l'ensemble des étudiants admis pour iAA.

Certains biais de mémoires et de désirabilité sociale peuvent également être présents dans les discours recueillis. Les participants pouvaient avoir certaines difficultés à se remémorer précisément certains détails ou éléments de leur prise en charge et à évoquer certains comportements liés à la consommation d'alcool. De plus, certaines de leurs réponses ont pu être modifiées pour montrer une consommation moins à risque qu'elle ne l'est réellement. Ce genre de biais peut apparaître notamment dans le test d'AUDIT.

Par ailleurs, le guide d'entretien utilisé dans cette étude a été élaboré spécifiquement dans le cadre de ce mémoire en collaboration avec le promoteur et n'a pas fait l'objet d'une validation scientifique préalable. Bien qu'il ait permis d'explorer les dimensions investiguées de manière pertinente, cette absence de validation constitue une limite méthodologique supplémentaire.

Enfin, l'analyse qualitative repose en partie sur l'interprétation du chercheur, ce qui implique une certaine subjectivité dans le processus d'analyse et de construction des thèmes. Toutefois, une attention particulière a été portée à la fidélité des retranscriptions ainsi qu'à la cohérence de l'analyse afin de limiter ces biais interprétatifs.

Malgré ces limites, cette étude présente également plusieurs points forts. L'approche qualitative a permis d'explorer en profondeur le vécu et les perceptions des étudiants concernant leur prise en charge aux urgences dans un contexte encore peu documenté. Cette démarche a également permis de mettre en évidence certaines dimensions relationnelles, émotionnelles et contextuelles difficilement accessibles à travers des approches quantitatives plus standardisées.

Enfin, cette étude apporte un éclairage exploratoire sur la perception des interventions brèves sur l'alcool chez les étudiants admis pour IAA, tout en mettant en perspective les recommandations de santé publique avec la réalité du terrain et l'expérience vécue par les patients.

Résultats

Tableau des participants

Quatorze participants ont été inclus dans cette étude. Le tableau ci-dessous présente les principales caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon ainsi que certaines données relatives à leur consommation d'alcool et à leur passage aux urgences pour IAA.

Participant	Sexe	Domaine d'étude	Âge	Âgé de la prise en charge	Nombre de passage aux urgences	Score ADUIT
1	Femme	Éducateur spécialisé	19	18	1	34
2	Homme	Histoire de l'art et archéologie	26	25	1	19

3	Femme	Droit (UCL)	23	22	4	26
4	Homme	Informatique	28	20	1	23
5	Homme	Ingénieur en construction	23	22	1 (presque 2)	26
6	Homme	Ingénieur civil	21	20	1	29
7	Femme	Droit	18	19	1	28
8	Femme	Architecture d'intérieur	20	20	1	14
9	Femme	Médecine	28	26	1	30
10	Homme	Architecture	26	20 ;24	2	26
11	Femme	Éducateur	21	18	1	28
12	Femme	Sciences	26	23	1	10
13	Femme	Éducateur spécialisé	23	21	2	21
14	Homme	Comptabilité	26	26	1 (presque 2)	27

L'ensemble des participants présente une consommation à risque selon l'AUDIT. En effet, les participants obtiennent un score supérieur au seuil de 8 points recommandé par l'OMS pour identifier une consommation à risque ou potentiellement nocive.

Une majorité des participants présente également des scores particulièrement élevés. En effet, 11 participants sur 14 obtiennent un score supérieur à 20, seuil à partir duquel l'OMS préconise une évaluation diagnostique plus approfondie concernant une éventuelle dépendance à l'alcool.

Ces résultats suggèrent que le passage aux urgences ne correspond pas nécessairement à un événement ponctuel isolé, sauf pour 2 personnes présentant des scores plus faibles (14 et 10) comparés aux scores obtenus par les autres participants. Cela signifie que la consommation d'alcool peut s'inscrire dans un contexte plus large de consommation problématique.

Les participants proviennent de milieux académiques variés, ce qui suggère que les problématiques rapportées ne semblent pas limitées à un seul type de cursus ou domaine d'étude. La majorité des participants étaient jeunes au moment des faits, ce qui correspond à une population particulièrement exposée au BD dans le contexte étudiant.

Enfin, l'échantillon comprend à la fois des participants masculins et féminins, montrant que les problématiques évoquées concernent les deux sexes au sein de cette étude, même si la taille ne permet d'établir une comparaison approfondie entre ceux-ci.

Présentation des thèmes

L'analyse thématique des entretiens a permis d'identifier plusieurs thématiques dont trois grandes qui ont été retenues concernant la perception de la prise en charge des étudiants admis pour intoxication alcoolique aiguë aux urgences du CHR Citadelle :

- La perception de la prise en charge hospitalière ;
- La relation soignant-soigné ;
- La perception des interventions brèves sur l'alcool.

Ces dimensions ont ensuite été déclinées en plusieurs sous-thèmes permettant d'explorer plus précisément les expériences et les perceptions rapportées par les participants.

La perception de la prise en charge hospitalière

Cette première dimension porte sur la manière dont les participants ont perçu leur prise en charge lors de leur passage aux urgences pour IAA. Les témoignages recueillis mettent en évidence plusieurs éléments récurrents concernant les soins physiques reçus, la présence ou l'absence d'interventions de sensibilisation ainsi que les modalités de sortie de l'hôpital.

Les expériences rapportées apparaissent relativement hétérogènes selon les participants. Certains décrivent une prise en charge jugée rassurante et adaptée à leur état clinique tandis que d'autres expriment un sentiment d'insuffisance concernant certains soins reçus ou l'encadrement proposé durant leur passage aux urgences.

- **La prise en charge physique** : Les témoignages recueillis montrent des perceptions variées concernant les soins physiques reçus lors du passage aux urgences. Certains rapportent avoir bénéficié d'une surveillance rapprochée avec contrôle des paramètres vitaux et parfois une hydratation intraveineuse.

D'autres estiment toutefois ne pas avoir reçu certains soins qu'ils jugeaient nécessaires au vu de leur état physique. Par exemple, 10 participants sur 14 confient ne pas avoir bénéficié ni de réhydratation intraveineuse ni de prise de sang.

Non, je ne pense pas avoir reçu de prise de sang. Je me souviens qu'ils ont pris ma tension et qu'ils m'ont mis le truc au doigt là, mais je n'ai pas eu de prise de sang et de ce qu'on m'a dit le lendemain, apparemment on aurait dû me mettre une perf, mais je n'en ai pas eu non plus. J'ai dit ça à des potes infi' et à ma tante cardiologue et ils m'ont dit que ce n'était pas vraiment normal selon eux, que la procédure n'avait pas été respectée.

Dans un autre témoignage, le participant nous dit ceci :

Jamais, je n'ai jamais eu de prise de sang ou de perfusion sur les 4 fois. Après les prises en charge se sont bien passées en générale. Ils me posaient des questions genre : « T'habites où ? Tu t'appelles comment ? As-tu consommé de la drogue ? ». Et après ils me laissaient faire dodo.

Dans ces extraits les participants expriment le sentiment de ne pas avoir bénéficié d'une prise en charge physique suffisante, notamment concernant l'hydratation intraveineuse et la prise de sang. Ces témoignages suggèrent que certains participants associent la qualité de la prise en charge à la réalisation de soins techniques concrets tels que la perfusion ou la prise de sang. L'absence de certains actes perçus comme « attendu » semble parfois avoir contribué à un sentiment d'insuffisance concernant les soins reçus.

À l'inverse, certains participants décrivent une prise en charge physique perçue comme rassurante.

Oui je pense que j'ai reçu ce qu'il fallait hein en soi, je pense que j'étais juste endormi bien saoul donc j'ai juste passé ma nuit là-bas, à l'abri et protégé. Je pense que ça devait être ça le but en me chargeant que je ne passe pas la nuit dehors quoi.

Ces témoignages mettent en évidence une certaine hétérogénéité dans la perception des soins physiques reçus aux urgences, bien que les soins administrés dépendent de l'état clinique des patients, plusieurs participants semblent avoir évalué leur prise en charge à partir de certains éléments concrets tels que la présence d'une perfusion, d'une prise en de sang, ou encore de la fréquence de la surveillance infirmière.

- **La présence ou l'absence d'interventions brèves sur l'alcool** : Les recommandations concernant la prise en charge des intoxications alcooliques aiguës aux urgences soulignent l'importance de ne pas limiter les soins à la seule gestion de la phase aiguë. Après le dégrisement, une évaluation de la consommation d'alcool avec un questionnaire de type AUDIT et des interventions de sensibilisation ou de prévention sont notamment recommandées.

Au sein de l'échantillon, aucun participant ne rapporte avoir bénéficié d'un questionnaire structuré tel que l'AUDIT ni d'une véritable intervention brève centrée spécifiquement sur la consommation d'alcool. Cependant, certains participants décrivent avoir eu certains échanges avec les soignants qu'ils associent partiellement à une forme de sensibilisation.

Ben écouté je pense qu'on a eu ça en partant, je me souviens d'une personne à qui on a demandé plusieurs fois pendant la nuit si on avait le droit de partir, elle nous disait qu'il fallait attendre 5h puis quand elle a accepté, on est parti et je crois qu'elle nous a dit un truc, genre elle nous a fait un peu la morale, mais je suis vraiment pas sûr j'étais encore très saoul.

Dans cet extrait, le participant décrit un échange perçu comme une forme de sensibilisation bien que celui-ci ait davantage été vécu comme un discours moralisateur qu'une véritable intervention de prévention structurée.

D'autres participants évoquent plutôt un soutien relationnel ou rassurant sans réelle discussion centrée sur leur consommation d'alcool.

Au niveau psychologique il n'y a rien eu, mais bon j'ai reçu du soutien du médecin quand elle est venue le lendemain, elle m'a rassuré et tout et les infirmières étaient sympas, elles ont quand même pris mes paramètres toutes les heures et m'ont surveillé donc là-dessus je n'ai rien à dire.

Cet extrait met davantage en évidence un soutien émotionnel et relationnel de la part des soignants qu'une véritable intervention brève structurée centrée sur la consommation d'alcool.

Les témoignages recueillis suggèrent ainsi que les participants distinguent clairement les soins relationnels, le soutien émotionnel et les éventuelles démarches de prévention concernant leur consommation d'alcool. Les échanges rapportés sont

souvent décrits comme rassurants, bienveillants ou empathiques sans pour autant être perçus comme une réelle démarche de sensibilisation ou d'accompagnement concernant les comportements de consommation et les risques associés aux épisodes d'IAA.

Plusieurs participants semblent considérer qu'aucune véritable, sensibilisation ou intervention spécifique n'a été proposée durant leurs passages aux urgences.

- **Les modalités de sortie de l'hôpital :** Les recommandations concernant la sortie des patients après une IAA reposent principalement sur des critères cliniques tels qu'un état neurologique stable, une récupération suffisante des capacités relationnelles ainsi qu'une autonomie permettant le retour à domicile dans des conditions sécurisées. Toutefois, plusieurs participants rapportent avoir quitté les urgences alors qu'ils ne se sentaient pas totalement rétablis. Certains décrivent encore une importante fatigue, des troubles de la mémoire ou une sensation persistante de confusion au moment du retour à domicile.

Mais juste le problème c'est de savoir s'ils comptaient me garder plus longtemps parce que s'ils m'ont vraiment libéré à midi bas du coup je dirai que non parce que je n'étais vraiment pas en état de rentrer chez moi comme je t'ai dit, je ne me rappelle même pas d'être rentré chez moi je me suis juste réveillé dans mon lit. Et si je me suis enfui ben là clairement ce n'est pas de leur faute, mais la mienne, enfin à part ça je ne peux rien dire.

Dans cet extrait le participant exprime le sentiment de ne pas avoir été totalement rétabli au moment de quitter l'hôpital. Le témoignage met également en évidence une difficulté à distinguer ce qui relevait de la décision des soignants et ce qui relevait de son propre comportement au moment de la sortie.

Un autre extrait est également révélateur :

Alors ce que j'aurais vraiment apprécié c'est que quelqu'un vienne m'orienter un petit peu parce que juste le médecin m'a autorisé à sortir, mais après on m'a vraiment laissée livrée à moi-même. Là je ne savais pas quoi faire, je n'avais plus mon téléphone parce que mon amie l'avait repris donc je ne savais joindre personne. Donc j'étais là sans téléphone, sans portefeuille à errer dans les rues comme une merde en étant dégueulasse ».

Ici la personne rapporte se sentir livrée à elle-même et rentrer chez elle par ses propres moyens.

Je me rappelle avoir essayer de prendre le bus, mais c'était assez fastidieux, je me trompais de bus, je n'allais pas dans le bon sens et tout ... c'était de ma faute hein, mais c'était vraiment le bordel pour que je trouve mon chemin.

Ici la personne témoigne d'un état de désorientation

Ces témoignages mettent en évidence une certaine vulnérabilité persistante après l'épisode aigu. En effet, plusieurs participants décrivent un état de confusion ou encore une difficulté à s'orienter de manière autonome à la sortie des urgences.

Certains participants relatent un souvenir seulement partiel du retour à domicile et d'autres encore se sont sentis livrés à eux-mêmes.

Les résultats suggèrent ainsi que la sortie de l'hôpital représente un moment particulièrement sensible dans la prise en charge des IAA, notamment concernant la sécurité du retour à domicile, l'accompagnement proposé, l'orientation vers une structure adaptée ainsi que la compréhension des consignes transmises aux patients.

La relation soignant-soigné

Cette deuxième dimension porte sur la relation soignant-soigné telle qu'elle a été perçue par les participants lors de leur passage aux urgences. Les témoignages recueillis mettent en évidence des expériences relationnelles contrastées selon les participants et les soignants rencontrés.

Plusieurs participants rapportent avoir ressenti une attitude empathique, rassurante et bienveillante de la part du personnel soignant. D'autres décrivent au contraire certaines interactions perçues comme moralisatrices, jugeantes ou empreintes de mépris.

Les discours recueillis suggèrent que la qualité des interactions avec les soignants influence fortement la perception globale de la prise en charge ainsi que la manière dont les éventuels conseils ou messages de prévention sont reçus par les patients.

- **Les perceptions d'une attitude bienveillante** : Plusieurs participants décrivent des interactions positives avec les soignants lors de leur passage aux urgences. Les attitudes

perçues comme rassurantes, empathiques et non jugeantes semblent avoir contribué à une meilleure perception globale de la prise en charge.

Certains participants rapportent notamment avoir apprécié le soutien émotionnel reçu dans le contexte où ils se sentaient particulièrement vulnérables, honteux ou anxieux après leur IAA.

Pour le coup ils m'ont quand même mise à l'aise, ils m'ont fait quelques petites vanes genre : « Bonne chance pour la gueule de bois ». Le médecin c'était une femme elle m'a dit : « Oui ça arrive vous êtes étudiante ... ». Que ce n'était pas grave donc elle était quand même bienveillante et ça m'a permis de me sentir moins mal.

Dans cet extrait, le participant met en évidence l'importance de la posture relationnelle adoptée par les soignants. Le sentiment d'être écouté, rassuré ou pris au sérieux semble avoir participé à rendre l'expérience hospitalière plus acceptable malgré le contexte difficile de l'admission.

D'autres participants soulignent également l'importance de certains gestes relationnels, de la disponibilité du personnel ou encore du ton employé lors des échanges.

Oui très bienveillant, parce quand même j'essayais de nettoyer mon urine et on m'a directement dit que ce n'était pas grave et de ne pas m'inquiéter qu'elles allaient s'en occuper et tout, elles ont vu que j'étais gêné et elles m'ont mise à l'aise et voilà.

Les témoignages recueillis suggèrent que les dimensions relationnelles occupent une place importante dans la perception de la prise en charge des étudiants admis pour IAA. Les attitudes bienveillantes semblent favoriser un climat de confiance ainsi qu'une perception plus positive des soins reçus.

- **Les perceptions d'attitudes jugeantes ou moralisatrices** : à l'inverse, plusieurs participants rapportent avoir vécu certaines interactions avec les soignants comme jugeantes, culpabilisantes ou moralisatrices. Ces perceptions concernent principalement le ton employé et certaines remarques formulées durant la prise en charge.

Certains participants rapportent donc avoir ressenti une forme de honte ou d'embarras renforcé par certaines remarques perçues comme froides ou désapprobatrices.

D'autres encore rapportent avoir perçu certains discours de prévention comme trop directifs ou moralisateurs, ce qui semble parfois avoir limité leur réceptivité.

Donc là il y a une 3^e infirmière qui arrive et direct elle me dit : « Mais mademoiselle c'est la 2^e fois de la semaine que vous venez vous pouvez peut-être vous calmez et surtout vous calmer sur votre consommation c'est grave quand même ». Alors que moi je ne voulais juste pas qu'on me touche quoi. Donc voilà finalement j'ai dormi et quand je suis partie le lendemain, la femme elle me dit : « Bon ben à demain ! ». En mode trop dans le jugement et en passant je l'ai entendu parler de moi avec sa collègue en mode : « Gne gne le baptême, 2^e fois cette semaine ... ». Et j'ai trouvé ça quand même choquant. Mais voilà je suis rentrée et je suis ressortie le soir.

Un autre témoignage dit :

Je pense que ce n'était pas mal veillant en soi, mais je sais qu'à ce moment-là je ne l'avais pas hyper bien pris. J'étais en mode : « Ah ouais super, vous avez raison, ça fait réfléchir ». Et en vrai je m'en foutais complètement, c'était plus dans le sens : « Ben, laissez-nous partir on n'a pas besoin de votre avis ! ». En tout cas je pense l'avoir vécu comme ça, mais comme je t'ai dit j'étais toujours saoul.

Les témoignages recueillis suggèrent ainsi que la manière dont les échanges sont amenés joue un rôle important dans la perception de la prise en charge. Les attitudes perçues comme jugeantes ou culpabilisantes semblent parfois générer une forme de résistance, d'inconfort ou de désengagement de certains participants.

La perception des interventions brèves sur l'alcool

Cette troisième dimension porte plus spécifiquement sur la manière dont les participants perçoivent les échanges, conseils ou interventions concernant leur consommation d'alcool lors de leur passage aux urgences.

Les témoignages recueillis suggèrent que l'acceptabilité de ces interventions ne dépend pas uniquement de leur présence ou de leur contenu, mais également des modalités relationnelles et contextuelles dans lesquelles elles sont proposées. Plusieurs participants mettent notamment en avant l'importance du moment choisi, du ton employé pour aborder ces questions ainsi que leur état physique et émotionnel au moment des échanges.

- **L'importance du timing** : Certains entretiens mettent en évidence l'importance du moment auquel les IBA sont proposées. Selon plusieurs d'entre eux, il est nécessaire que la personne ait suffisamment récupéré de son état d'alcoolisation afin d'être capable de comprendre et d'intégrer le message transmis.

En effet, ils pensent qu'une intervention réalisée alors que le patient présente encore des troubles cognitifs ou une altération importante de la vigilance pourrait limiter l'impact de l'intervention.

Je pense que c'est vraiment une bonne idée, je trouve ça vraiment intéressant, mais faut voir l'état de la personne au réveil, car si elle est toujours éclatée ça ne sert à rien, mais c'est vrai que je pense que le message sera plus impactant. Genre je pense que de le recevoir à ce moment-là, je pense que ça sensibiliserait d'avantage le fait qu'on dise peut-être à la personne : « Ben voilà, attention vous vous êtes mis en danger, il aurait pu vous arriver ça, vous avez tel taux d'alcool ... ».

Dans cet extrait, le participant souligne l'importance du timing des échanges concernant la consommation d'alcool. L'état physique et cognitif du patient semble influencer sa capacité à recevoir, comprendre ou intégrer certains messages de sensibilisation.

- **L'importance de la durée** : Plusieurs participants soulignent également l'importance de la durée de l'intervention. Même après le dégrisement, certains décrivent un état de fatigue, de malaise physique et même de vulnérabilité psychologique pouvant limiter leur capacité à recevoir une intervention longue ou trop chargée en informations.

Ben, du coup genre avoir une discussion avec quelqu'un, je pensais à un psychologue, mais si d'autres membres du personnel soignant sont qualifiés ben voilà. Et genre un moment court, parce qu'en soi tu sais que tu as fait une connerie et il n'y a pas besoin de remettre une couche, de le répéter pendant des heures. En plus t'es dans le mal quand même le lendemain donc t'as envie de rentrer « ... » ben oui quand même je n'étais pas fier, j'avais honte aussi. Mais au-delà de ça je pense que c'est quand même important de rappeler les dangers, les dégâts que ça peut faire sur le cerveau, le corps ... avec bienveillance aussi.

Cet entretien met en évidence le mal-être physique et psychologique pouvant être ressenti après une intoxication alcoolique aiguë. Plusieurs participants considèrent ainsi qu'une intervention brève et ciblée serait plus adaptée dans ce contexte qu'un entretien prolongé.

- **L'importance du ton** : Enfin, l'ensemble des participants favorables aux IBA insiste sur l'importance du ton employé lors de l'intervention.

Les participants estiment qu'une approche empathique et bienveillante favoriserait davantage l'écoute et l'adhésion au message transmis, contrairement à une attitude perçue comme jugeante ou moralisatrice.

Après je suppose que ça dépend quand même comment on l'amène, genre si la meuf elle vient me parler, qu'elle essaye vraiment de savoir comment s'est passé ma soirée là ça peut être intéressant « ... » Oui, voilà c'est ça, plus quelqu'un qui va me dire que ce n'est pas grave et que ça peut arriver à tout le monde, mais qu'il faut que je fasse attention parce que je me mets en danger, parce que je ne sais pas sur qui je peux tomber, que c'est dangereux pour ma santé ... que quelqu'un qui va me tomber dessus en mode : T'as foutu quoi t'es déjà venue il y a 2 jours t'as pas honte ?! Et qui est fort dans la supériorité ou dans le jugement là ben non je ne vais pas écouter je vais juste rentrer chez moi et voilà.

Cet extrait illustre l'importance de la posture relationnelle adoptée par les soignants dans l'acceptation de l'IBA par les patients. Idem pour cet extrait :

Ouais c'est le plus important pour pas que ça fasse trop culpabiliser, mais peut-être quand même un peu pour que la personne se rende compte des choses, mais pas trop non plus pour ne pas se dire : « Ptn je suis vraiment une grosse merde ». Et si c'est dans la tranche d'âge étudiant ne pas non plus infantiliser parce que perso ça me foutrait juste la haine qu'on me traite comme une gamine. Parce que t'es quand même adulte et responsable des actes et tu fais une connerie, tu l'assumes, mais ce n'est pas parce qu'on va te dire que ton comportement c'est de la merde que tu vas changer d'un coup.

Les témoignages recueillis suggèrent qu'une intervention perçue comme empathique et non jugeante serait davantage susceptible de favoriser une réflexion concernant la consommation d'alcool, tandis qu'un ton moralisateur pourrait entraîner un rejet du message et une volonté de mettre fin rapidement à l'échange.

En synthèse, les résultats mettent en évidence une perception contrastée de la prise en charge aux urgences. Si certains participants décrivent des soins physiques et relationnels rassurants, d'autres révèlent une absence d'intervention structurée autour de leur consommation d'alcool, un manque d'accompagnement à la sortie ou encore des échanges parfois perçus comme jugeants. Les participants apparaissent globalement favorables aux IBA, mais leur acceptabilité semble dépendre de plusieurs conditions, notamment le moment de l'intervention, sa durée et le ton employé par les soignants.

Discussion

Cette étude visait à explorer la perception de la prise en charge des étudiants admis aux urgences pour intoxication alcoolique aiguë au CHR Citadelle de Liège, ainsi que leur perception de l'implémentation des interventions brèves sur l'alcool.

Le décalage entre les recommandations et le vécu des patients

Les résultats de cette étude mettent en évidence un certain décalage entre les recommandations issues des politiques de santé publique et les expériences rapportées par les participants lors de leur prise en charge aux urgences pour IAA. Bien que les recommandations actuelles insistent sur l'importance d'une prise en charge globale intégrant le dépistage, la psychoéducation, les interventions brèves et l'orientation vers des structures adaptées, les témoignages recueillis montrent que la prise en charge perçue par les participants reste principalement centrée sur la gestion de la crise de l'épisode aigu.

Cependant, plusieurs études internationales soulignent qu'une prise en charge globale a un effet positif sur la relation que la personne entretient avec l'alcool. Par exemple, Helmkmann JC & al. nous apprennent que les étudiants considérés comme gros buveurs qui ont accepté un suivi de trois mois proposé par le service d'urgence qu'ils ont fréquenté ont indiqué avoir diminué leur consommation respective d'alcool grâce au suivi et aux conseils qu'ils ont reçus (21). De même, Marlatt & al. nous montrent que les étudiants identifiés comme consommateurs à risque présentaient une diminution progressive des problèmes liés à l'alcool après la mise en place d'une intervention préventive, malgré la persistance de certaines consommations problématiques (22). Une autre étude basée sur une méthode

« d'intervention motivationnelle » brève auprès des étudiants présentant une consommation excessive d'alcool met également en évidence une diminution importante de la consommation après l'intervention qui consistait à les mettre face à leur consommation et ses conséquences (23).

Ces données suggèrent que les IBA pourraient jouer un rôle majeur dans la prise en charge de l'IAA, mais aucun des participants interrogés ne rapporte avoir bénéficié d'une véritable intervention brève structurée ni d'un dépistage de sa consommation d'alcool malgré des scores d'AUDIT élevés au sein de l'échantillon. En effet, les témoignages recueillis suggèrent ainsi que les dimensions préventives et motivationnelles des recommandations actuelles semblent encore peu visibles dans les expériences concrètes des patients. Les échanges rapportés par les participants apparaissent principalement centrés sur la gestion immédiate de l'état clinique, la surveillance et le dégrisement, tandis que les dimensions liées à la prévention, la sensibilisation ou l'accompagnement de la consommation d'alcool occupent une place limitée et parfois inexistante dans les discours recueillis.

Ces résultats suggèrent que malgré l'efficacité reconnue des IBA dans la réduction des consommations à risque, leur intégration dans la pratique clinique reste limitée, en particulier dans les services d'urgences confrontés à des contraintes organisationnelles (10).

Les résultats montrent également que la prise en charge des étudiants admis pour IAA semble encore largement orientée vers la stabilisation immédiate de l'état clinique, au détriment d'approches plus éducatives pourtant encouragées par les recommandations belges et internationales (15)(21)(22)(23). Cette observation peut notamment s'expliquer par la charge de travail importante des services d'urgences, le manque de temps et de main-d'œuvre disponible ainsi que les difficultés d'intégration de ce genre d'interventions préventives dans un contexte de soins aigus ainsi que la complexité de la prise en charge des problématiques liées à l'alcool dans ce type de service (24).

La relation soignant-soigné

Les résultats de cette étude mettent également en évidence l'importance de la relation soignant-soigné dans la perception globale de la prise en charge des étudiants admis pour IAA. Les témoignages recueillis montrent que les attitudes perçues comme empathiques, rassurantes et non jugeantes semblent favoriser une expérience plus positive du passage aux

urgences ainsi qu'une meilleure réception des messages de sensibilisation et de prévention. Cette observation rejoint plusieurs travaux soulignant l'importance de la posture relationnelle dans les prises en charge liées aux consommations problématiques d'alcool (25). Les IBA reposent notamment sur une approche motivationnelle centrée sur le patient, dans laquelle l'empathie, l'écoute et l'absence de jugement occupent une place importante (25)(26). Dans ce contexte, la qualité de la relation thérapeutique semble jouer un rôle majeur dans l'acceptabilité des messages de sensibilisation ainsi que dans l'adhésion éventuelle à une prise en charge ultérieure (25)(26).

À l'inverse, plusieurs participants rapportent que certains discours perçus comme moralisateurs ou culpabilisants ont suscité une forme de rejet ou de résistance. Lorsque les remarques formulées par les soignants étaient perçues comme jugeantes, les participants exprimaient davantage une volonté de mettre fin le plus rapidement possible à l'échange et de quitter l'hôpital au plus vite plutôt que de réfléchir à leur consommation d'alcool. Ces résultats suggèrent ainsi que la manière dont les messages de prévention sont formulés pourrait influencer leur réception et leur impact potentiel sur les comportements futurs des patients.

Ces observations rejoignent également plusieurs travaux mettant en évidence l'existence de formes de stigmatisation envers les patients présentant des problématiques d'addiction en tout genre au sein des structures de soins (27). Cette stigmatisation peut conduire certains patients à se sentir jugés, incompris ou peu légitimes dans leur demande d'aide, ce qui risque de limiter la qualité de l'échange avec le soignant ainsi que l'adhésion aux démarches de prévention, de sensibilisation ou de suivi. La littérature souligne également que ces expériences négatives peuvent favoriser une certaine méfiance envers les structures de soins et contribuer à un évitement ultérieur des prises en charge liées aux consommations problématiques d'alcool (27)(28).

Dans le contexte particulier des intoxications alcooliques aiguës chez les étudiants, cette dimension relationnelle semble d'autant plus importante que plusieurs décrivent un état de vulnérabilité physique et psychologique important après l'épisode aigu. En effet, les témoignages recueillis mettent notamment en évidence la fatigue, la confusion, un sentiment de honte ou encore une perte de contrôle qui peuvent influencer la manière dont les échanges avec les soignants sont perçus.

Les résultats suggèrent ainsi que la posture relationnelle des soignants ainsi que le ton employé lors des échanges pourraient fortement influencer l'acceptabilité des messages de sensibilisation proposés aux patients. Dans ce contexte, les approches centrées sur l'écoute, l'empathie et l'absence de jugement semblent davantage favoriser une réception positive des messages de prévention et des éventuelles démarches d'accompagnement ultérieures.

Les conditions d'acceptabilité des interventions brèves sur l'alcool

Les résultats de cette étude montrent que la majorité des participants se disent favorables à la mise en place d'IBA dans le contexte des IAA. Toutefois, leur efficacité semble dépendre de plusieurs conditions, notamment le moment auquel elles sont proposées, leur durée ainsi que la manière dont elles sont administrées par les soignants.

Plusieurs participants soulignent notamment l'importance du timing de l'intervention. Selon eux, une IBA réalisée alors que la personne présente encore des troubles importants, comme la fatigue, la confusion ou un état de vulnérabilité émotionnel liés à sa consommation d'alcool risquerait d'être peu ou pas comprise et mal intégrée. Les résultats suggèrent ainsi que l'état cognitif et émotionnel du patient au moment de l'intervention pourrait fortement influencer sa capacité à recevoir le message de sensibilisation ou de prévention (26)(29). Cette observation rejoint certaines approches motivationnelles qui considèrent le passage aux urgences comme un « moment opportun » de sensibilisation, tout en soulignant l'importance d'adapter l'intervention à la disponibilité psychique du patient (30). Donc dans ce contexte, certains témoignages suggèrent qu'une intervention proposée trop précocement risquerait d'être rapidement oubliée ou mal intégrée par le patient, et ce, malgré la pertinence des messages transmis.

Les participants mettent également en évidence l'importance de la durée de l'intervention. Plusieurs témoignages décrivent un état de fatigue physique et psychologique important après l'IAA. Parfois associé à des sentiments de honte et de culpabilité. Dans ce contexte, plusieurs participants semblent privilégier une intervention courte, ciblée et centrée sur les principaux risques liés à l'alcool (31)(32). Les résultats suggèrent ainsi que l'efficacité potentielle des IBA ne dépend pas uniquement de leur présence dans les services d'urgences, mais également des modalités relationnelles et contextuelles dans lesquelles elles sont proposées. De plus, les résultats montrent que les participants ne semblent pas nécessairement opposés aux

démarches de sensibilisation et de prévention concernant leur consommation d'alcool à partir du moment où les interventions sont brèves, ciblées et adaptées à leur état physique et psychologique au moment de la prise en charge.

Cette observation rejoint certaines données de la littérature montrant qu'une surcharge informationnelle ou un discours trop directif peut entraîner une forme de résistance ou de désengagement chez le patient (33).

Enfin, l'ensemble des participants favorables aux IBA insiste sur l'importance du ton employé lors de l'intervention. Les approches perçues comme empathiques, progressives et non jugeantes semblent davantage favoriser l'écoute et l'adhésion aux messages transmis, contrairement aux discours perçus comme moralisateurs ou culpabilisants. En effet, cela suggère que l'acceptabilité des IBA semble moins dépendre de leurs existences mêmes sur le terrain, mais de la manière dont elles sont proposées aux patients.

Ces résultats apparaissent cohérents avec les approches motivationnelles centrées sur le patient qui mettent l'accent sur l'autonomie, l'écoute et l'accompagnement progressif du changement de comportement plutôt que sur une logique de confrontation ou de culpabilisation (25)(33).

La banalisation de l'alcool dans le contexte étudiant

Les résultats de cette étude mettent également en lumière une certaine banalisation de la consommation d'alcool dans le contexte étudiant. Plusieurs participants décrivent leur consommation comme faisant partie d'un contexte festif habituel, parfois perçue comme normale ou même attendue au sein de leur environnement social. Cette normalisation semble influencer la manière dont les épisodes d'IAA sont perçus par les participants eux-mêmes.

Certains témoignages mettent notamment en évidence une forme de hiérarchisation des risques liées aux différents types d'alcool. Plusieurs participants établissent par exemple une distinction entre la consommation de bière, souvent perçue comme « moins grave » ou moins problématique et la consommation d'alcools forts, davantage associée à la perte de contrôle et aux risques d'hospitalisation. Ces résultats suggèrent ainsi que certaines consommations peuvent être partiellement banalisées malgré la présence de comportements à risque important.

Cette observation rejoint plusieurs données de littérature européenne qui montrent que la consommation d'alcool occupe une place importante dans les dynamiques sociales étudiantes (34). Wicki & al. soulignent notamment que les consommations excessives d'alcool et les épisodes de BD sont largement répandus au sein des Universités européennes et sont souvent perçus comme des comportements festifs socialement acceptés, voire normaux chez les étudiants (34). Les auteurs mettent également en évidence le rôle des normes sociales et de l'intégration au groupe dans la banalisation de certaines consommations à risque chez les jeunes adultes (34).

Cette banalisation pourrait également influencer la réception des messages de sensibilisation et de prévention. Lorsque la consommation excessive d'alcool est perçue comme fréquente ou socialement normale, les messages de sensibilisation risquent davantage d'être interprétés comme moralisateurs, exagérés ou superflus (35). Plusieurs travaux montrent également que les étudiants ont tendance à sous-estimer leur propre consommation d'alcool tout en surestimant celle de leurs pairs, ce qui peut contribuer à renforcer certaines normes sociales autour de l'alcool et limiter l'impact des démarches de prévention (36).

Toutefois, les résultats mettent également en évidence une certaine ambivalence chez les participants. Bien que plusieurs discours tendent à banaliser certains comportements liés à l'alcool, les participants reconnaissent sincèrement les risques encourus lors des épisodes d'IAA, notamment concernant leur sécurité, leur santé ou encore leur vulnérabilité dans l'espace public.

Cette ambivalence semble ainsi souligner l'intérêt d'approches de prévention davantage centrée sur la réduction des risques et le dialogue plutôt que sur des approches uniquement moralisatrices ou culpabilisantes (37). Cette approche paraît particulièrement pertinente dans le contexte étudiant, où plusieurs participants décrivent la consommation d'alcool comme un comportement fortement intégré aux dynamiques sociales et festives.

Dans une autre étude de Marlatt & al., les auteurs soulignent que les approches de réductions des risques permettent d'adapter les interventions aux besoins, aux capacités et aux objectifs des patients, en reconnaissant que le changement de comportement est souvent progressif plutôt que linéaire (37). Les résultats de cette étude suggèrent ainsi que certaines formes d'interventions pourraient être plus adaptées à certains publics et que les approches de

réduction de risques pourraient gagner en acceptabilités et en efficacités auprès des étudiants admis pour IAA lorsqu'elles s'inscrivent dans une approche pragmatique et non jugeante.

Plusieurs auteurs soulignent également l'intérêt d'approches adaptées aux besoins, à la motivation et aux capacités des patients plutôt que des approches centrées uniquement sur l'abstinence (38). Branscum & al., ainsi que Serrano-Fernández & al. montrent notamment que les interventions motivationnelles brèves et non moralisatrices apparaissent mieux acceptées par les étudiants et peuvent contribuer à réduire les consommations problématiques d'alcool ainsi que leurs conséquences (39)(40).

Perspectives

Les résultats de cette étude permettent également d'interroger les perspectives des politiques de préventions liées à l'alcool chez les jeunes adultes en Belgique. Si les plans alcool belges mettent depuis plusieurs années l'accent sur les interventions brèves, le repérage précoce et l'amélioration de l'orientation des patients présentant des problématiques potentielles d'assuétudes, les résultats obtenus dans cette étude suggèrent l'intérêt de développer davantage des approches centrées sur la réduction des risques et les approches motivationnelles dans les services d'urgences.

Les approches de réduction des risques visent principalement à diminuer les conséquences sanitaires, psychologiques et sociales liées à la consommation d'alcool tout en tenant compte des réalités et des comportements de patients (37). Cette logique semble particulièrement pertinente dans le contexte étudiant, où les consommations festives apparaissent fortement intégrées aux dynamiques sociales et culturelles.

De leur côté, les approches motivationnelles mettent davantage l'accent sur l'empathie, l'absence de jugement, l'écoute ainsi que l'accompagnement progressif du patient dans le changement de comportement (38)(39)(40). Les résultats de ces études mettent en lumière que la dimension influence fortement l'acceptabilité des messages de sensibilisation chez les étudiants admis pour intoxication alcoolique aiguë.

Les approches motivationnelles et les approches de réduction des risques apparaissent d'ailleurs étroitement liées dans la littérature et présentent plusieurs points communs,

notamment l'importance accordée à l'autonomie du patient, à l'absence de jugement, à l'empathie ainsi qu'à l'accompagnement progressif du changement de comportement (40). C'est pourquoi une utilisation conjointe de ces deux approches serait une piste de réflexion pour une meilleure prise en charge des IAA aux urgences et concernerait un public majoritairement sensible à ce genre d'interventions.

Malgré la présence de recommandations concernant les interventions brèves et le repérage précoce dans les plans alcools belges, les résultats montrent qu'il persiste encore un décalage important entre les recommandations théoriques et leurs applications concrètes dans les services d'urgences. Les participants décrivent notamment peu, voire aucune intervention structurée de sensibilisation ou de prévention malgré leur admission pour IAA, leurs résultats au test d'AUDIT et pour certains, des récidives.

Les résultats suggèrent également que les approches actuellement proposées gagneraient potentiellement à être davantage adaptées aux réalités étudiantes, notamment en tenant compte de l'importance du timing, du ton et de la vulnérabilité physique et psychologique décrite par plusieurs participants après l'épisode aigu. Ces dimensions ouvrent des pistes de réflexion sur des dimensions qui restent encore relativement peu développées dans les recommandations actuelles et qui ont pourtant toutes leurs importances.

Dans cette perspective, les approches de réduction des risques et les approches motivationnelles pourraient constituer des pistes intéressantes afin de compléter les stratégies actuelles de sensibilisation et de prévention dans les services d'urgences accueillant de jeunes adultes pour intoxication alcoolique aiguë.

De plus, certaines données récentes suggèrent une évolution progressive des comportements de consommation chez les jeunes générations. Plusieurs travaux mettent en évidence une diminution globale de la consommation d'alcool chez les jeunes adultes avec une augmentation du nombre de jeunes déclarant réduire leur consommation, ou ne pas consommer d'alcool du tout (42). Cette évolution semble notamment liée à une plus grande sensibilisation aux questions de santé physique et mentale ainsi qu'à une modification progressive des habitudes sociales chez les jeunes adultes.

Toutefois, cette diminution globale de la consommation ne semble pas s'accompagner d'une disparition des comportements à risque lié à l'alcool (42). En effet, les épisodes de BD et les

consommations ponctuelles excessives restent encore fortement présentes dans beaucoup de contextes festifs étudiants (35). Les résultats de cette étude apparaissent cohérents avec cette observation. Bien que plusieurs participants reconnaissent les dangers associés aux intoxications alcooliques aiguës, certains discours mettent également en évidence une certaine banalisation de ces comportements dans le contexte étudiant.

Dans cette perspective, le contexte actuel pourrait représenter une opportunité intéressante afin de renforcer les stratégies de prévention et de sensibilisation adaptées aux jeunes adultes. Plusieurs initiatives étudiantes semblent déjà d'ailleurs s'inscrire progressivement dans cette dynamique. À Liège par exemple, l'Association Générale des Étudiants Liégeois (AGEL) développe de plus en plus de campagnes de prévention et de réduction des risques durant les périodes de guindaille notamment à travers des actions qui récompensent financièrement les « BOB », ainsi que des actions de sensibilisation pour rendre les milieux festifs plus sécuritaires.

À plus grande échelle, d'autres initiatives de prévention locales semblent venir s'inscrire dans cette dynamique de réduction des risques liés aux consommations festives d'alcool. À Liège encore, des campagnes telles que « Un carré qui tourne rond » ou encore le label « Quality Night » visent notamment à promouvoir des environnements festifs plus sécuritaires au sein du Carré (43)(44). Ces dispositifs ne ciblent pas uniquement le consommateur, mais cherchent également à sensibiliser les établissements et le personnel du secteur Horeca à différentes problématiques liées aux soirées festives et leurs conséquences potentielles.

Pour terminer, l'ensemble des éléments suggère que les services d'urgences pourraient jouer un rôle important dans le renforcement des IBA auprès des étudiants admis pour IAA. Les résultats de cette étude montrent notamment que les étudiants semblent davantage réceptifs à des interventions centrées sur l'écoute, l'empathie et la réduction des risques. Dans un contexte où plusieurs dispositifs de préventions existent déjà en Belgique, les IBA pourraient constituer un outil, un levier pertinent afin de renforcer la sensibilisation et l'accompagnement des étudiants présentant des consommations à risque.

Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'explorer la perception de la prise en charge des étudiants admis aux urgences CHR Citadelle de Liège pour intoxication alcoolique aiguë, ainsi que leur perception des interventions brèves sur l'alcool dans ce contexte particulier.

Cette étude avait pour objectif d'explorer la perception de la prise en charge des étudiants admis aux urgences du CHR Citadelle de Liège pour intoxication alcoolique aiguë, ainsi que leur perception des interventions brèves sur l'alcool dans ce contexte particulier.

Les résultats mettent en évidence une perception contrastée de la prise en charge hospitalière. Si plusieurs participants décrivent des soins physiques et relationnels rassurants, les témoignages recueillis montrent également certaines limites concernant l'accompagnement proposé autour de la consommation d'alcool. Aucun participant ne rapporte notamment avoir bénéficié d'une véritable intervention brève structurée ni d'un dépistage formalisé de sa consommation malgré des scores AUDIT souvent élevés au sein de l'échantillon.

Cette étude met également en évidence l'importance des dimensions relationnelles dans la perception globale des soins. Les participants apparaissent particulièrement sensibles à la posture adoptée par les soignants, au ton employé ainsi qu'à la manière dont les messages de sensibilisation sont transmis. Les approches perçues comme empathiques, bienveillantes et non jugeantes semblent davantage favoriser l'acceptabilité des échanges concernant la consommation d'alcool, contrairement aux discours perçus comme moralisateurs ou culpabilisants.

Les résultats suggèrent par ailleurs que les étudiants ne rejettent pas nécessairement les IBA dans le contexte des urgences. Leur acceptabilité semble toutefois dépendre de plusieurs conditions, notamment du timing de l'intervention, de sa durée ainsi que des modalités relationnelles dans lesquelles elle est proposée. Les participants apparaissent notamment davantage réceptifs à des approches centrées sur l'écoute, l'accompagnement progressif et la réduction des risques.

Cette étude met également en lumière la place importante occupée par l'alcool dans les dynamiques sociales et festives étudiantes. Plusieurs discours montrent une certaine

banalisation des consommations excessives d'alcool, malgré la reconnaissance des risques associés aux intoxications alcooliques aiguës. Dans ce contexte, les approches de réduction des risques et les interventions motivationnelles semblent constituer des pistes particulièrement pertinentes afin d'adapter les stratégies de prévention aux réalités étudiantes.

Malgré certaines limites méthodologiques inhérentes aux recherches qualitatives exploratoires, cette étude permet d'apporter un éclairage sur le vécu et les perceptions des étudiants concernant leur prise en charge aux urgences pour intoxication alcoolique aiguë. Elle souligne également l'intérêt potentiel des IBA dans ce contexte ainsi que l'importance d'intégrer davantage les dimensions relationnelles, motivationnelles et préventives dans les prises en charge proposées aux jeunes adultes.

Enfin, les résultats suggèrent que les services d'urgences pourraient représenter un lieu particulièrement pertinent pour renforcer les stratégies de prévention liées à l'alcool chez les étudiants, notamment à travers le développement d'IBA adaptées au contexte des intoxications alcooliques aiguës et centrées sur une approche empathique, pragmatique et non jugeante.

Bibliographie

1. World Health Organization. Over 3 million annual deaths due to alcohol and drug use, majority among men [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 Jun 25. Available from: <https://www.who.int/news/item/25-06-2024-over-3-million-annual-deaths-due-to-alcohol-and-drug-use-majority-among-men>
2. World Health Organization. Harmful use of alcohol [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018. Available from: https://www.who.int/health-topics/alcohol#tab=tab_1
3. Vonghia L, Leggio L, Ferrulli A, Bertini A, Gasbarrini G, Addolorato G. Acute alcohol intoxication. *Eur J Intern Med*. 2008 Dec 1;19(8):561-567. doi:10.1016/j.ejim.2007.06.033.
4. World Health Organization. Alcool [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
5. Slutske WS. Alcohol use disorders among US college students and their non-college-attending peers. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Mar 1;62(3):321-327. doi:10.1001/archpsyc.62.3.321.
6. Dantzer C, Wardle J, Fuller R, Pampalone SZ, Steptoe A. International study of heavy drinking: attitudes and sociodemographic factors in university students. *J Am Coll Health*. 2006;55(2):83-89.
7. World Health Organization Regional Office for Europe. Alcohol use in the WHO European Region [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Available from: https://www.who.int/europe/health-topics/alcohol#tab=tab_1
8. Service Public Fédéral Santé publique. Plan interfédéral 2023-2025 pour lutter contre la consommation nocive d'alcool [Internet]. Brussels: SPF Santé publique; 2023. Available from: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/plan-interfederal-2023-2025-pour-lutter-contre-la-consommation-nocive-dalcool>
9. Bewick BM, Mulhern B, Barkham M, Trusler K, Hill AJ, Stiles WB. Changes in undergraduate student alcohol consumption as they progress through university. *BMC Public Health*. 2008 May 19;8:163. doi:10.1186/1471-2458-8-163.

10. Walton MA, Chermack ST, Blow FC, Ehrlich PF, Barry KL, Booth BM, et al. Components of brief alcohol interventions for youth in the emergency department. *Subst Abus.* 2015 Jul 1;36(3):339-349. doi:10.1080/08897077.2014.958607.
11. Academic ED SBIRT Research Collaborative. The impact of screening, brief intervention, and referral for treatment in emergency department patients' alcohol use: a 3-, 6-, and 12-month follow-up. *Alcohol Alcohol.* 2010;45(6):514-519.
12. Larimer ME, Crouce JM, Lee CM, Kilmer JR. Brief intervention in college settings. *Alcohol Res Health.* 2004 Jan 1;28(2):94-104. Available from: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh28-2/94-104.pdf>
13. El Morabet I, Kestemont MP. Quelle communication adopter auprès des jeunes de l'UCL sur la problématique de la consommation d'alcool? [Thesis]. Louvain-la-Neuve: Université catholique de Louvain; 2015.
14. SPF Santé publique. Dispositif alcool [Internet]. Brussels: SPF Santé publique; 2023. Available from: <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/hopitaux/projets-specifiques/dispositif-alcool>
15. Réseau Liégeois d'aide et de soins spécialisés en Assuétudes. Rapport d'activités 2012. Liège: Plate-forme Psychiatrique Liégeoise; 2013.
16. Cellule Générale de Politique Drogues. Stratégie interfédérale en matière d'usage nocif d'alcool 2023-2028: plan d'action 2023-2025. Brussels: SPF Santé publique; 2023.
17. Sureau C, Charpentier S, Philippe JM, Perrier C, Trinh-Duc A, Fougeras O, et al. Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992: L'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences. Paris: Société Française de Médecine d'Urgence; 2006.
18. Center for Substance Abuse Treatment. Brief interventions and brief therapies for substance abuse [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 1999. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 34). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64947/>

19. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001.
20. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101.
21. Helmkamp JC, Hungerford DW, Williams JM, Manley WG, Furbee PM, Horn KA, et al. Screening and brief intervention for alcohol problems among college students treated in a university hospital emergency department. *J Am Coll Health*. 2003;52(1):7-16. doi:10.1080/07448480309595718.
22. Marlatt GA, Baer JS, Kivlahan DR, Dimeff LA, Larimer ME, Quigley LA, et al. Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: results from a 2-year follow-up assessment. *J Consult Clin Psychol*. 1998 Aug 1;66(4):604-615. doi:10.1037/0022-006X.66.4.604.
23. Baer JS, Kivlahan DR, Blume AW, McKnight P, Marlatt GA. Brief intervention for heavy-drinking college students: 4-year follow-up and natural history. *Am J Public Health*. 2001 Aug 1;91(8):1310-1316. doi:10.2105/AJPH.91.8.1310.
24. De Flandre F. Les urgences de Louvain de plus en plus souvent confrontées à des intoxications alcooliques [Internet]. Brussels: VRT NWS; 2021 Nov 4. Available from: <https://www.vrt.be/vrtnws/fr/2021/11/04/les-urgences-de-louvain-de-plus-en-plus-souvent-confrontees-a-de/>
25. Mattoo SK, Gaur N, Das PP. Brief intervention in substance use disorders. *Indian J Psychiatry*. 2018;60(Suppl 4):S466-S472.
26. Gaume J, Grazioli VS, Paroz S, Fortini C, Bertholet N, Daeppen JB. Developing a brief motivational intervention for young adults admitted with alcohol intoxication in the emergency department. *PLoS One*. 2021;16(2):e0246652. doi:10.1371/journal.pone.0246652.
27. Van Boekel LC, Brouwers EPM, Van Weeghel J, Garretsen HFL. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2013;131(1-2):23-35.

28. Crapanzano KA, Vath RJ, Fisher DG. The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. *Subst Abuse Rehabil.* 2018;9:1-12.
29. Spirito A, Monti PM, Barnett NP, Colby SM, Gosselin L, Rohsenow DJ, et al. A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *J Pediatr.* 2004 Sep;145(3):396-402. doi:10.1016/j.jpeds.2004.04.057.
30. Diestelkamp S, Arnaud N, Sack PM, Wartberg L, Daubmann A, Thomasius R. Brief motivational intervention for adolescents treated in emergency departments for acute alcohol intoxication: a randomized-controlled trial. *BMC Emerg Med.* 2014;14:13. doi:10.1186/1471-227X-14-13.
31. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2001.
32. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction.* 1993;88(3):315-336.
33. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: helping people change.* 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
34. Wicki M, Kuntsche E, Gmel G. Drinking at European universities? A review of students' alcohol use. *Addict Behav.* 2010;35(11):913-924.
35. Pedersen ER, Neighbors C. Perceived peer norms and college students' alcohol use: the moderating role of event-specific drinking. *Addict Behav.* 2007;32(11):2735-2746.
36. Perkins HW. Social norms and the prevention of alcohol misuse in collegiate contexts. *J Stud Alcohol Suppl.* 2002;(14):164-172.
37. Marlatt GA, Witkiewitz K. Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment. *Addict Behav.* 2002;27(6):867-886.
38. Sobell LC, Sobell MB. Guided self-change model of treatment for substance use disorders. *J Cogn Psychother.* 2005 Sep;19(3):199-210. doi:10.1891/jcop.2005.19.3.199.

39. Branscum P, Sharma M. A review of motivational interviewing-based interventions targeting problematic drinking among college students. *Alcohol Treat Q.* 2010;28(1):63-77.
40. Serrano-Fernández V, Barroso-Corroto E, Rivera-Picón C, Molina-Gallego B, Quesado A, Carmona-Torres JM, et al. Motivational interventions for reducing excessive alcohol consumption among university students: a systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Basel).* 2025;13(19):2405. PMID: 41095497; PMCID: PMC12524307.
41. Denning P, Little J. *Practicing harm reduction psychotherapy: an alternative approach to addictions.* 2nd ed. New York: Guilford Press; 2011.
42. Fédération Addiction. *Alcool: les jeunes consomment moins, mais préfèrent le binge drinking* [Internet]. Paris: Fédération Addiction; 2024. Available from: <https://www.federationaddiction.fr/breve/alcool-les-jeunes-consomment-moins-mais-preferent-le-binge-drinking/>
43. Modus Vivendi. *Quality Nights: un label de qualité pour des milieux festifs plus sûrs* [Internet]. Brussels: Modus Vivendi; [no date]. Available from: <https://modusvivendi-be.org/nos-actions/services-destines-aux-professionnelles/quality-nights-region-wallonne/>
44. Ville de Liège. *Un Carré qui tourne rond: campagne de sensibilisation et de réduction des risques en milieu festif* [Internet]. Liège: Ville de Liège; [no date]. Available from: <https://www.liege.be/fr/vie-communale/services-communaux/prevention/securite-routiere-et-prevention/un-carre-qui-tourne-rond>

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire d'AUDIT

Box 10

The Alcohol Use Disorders Identification Test: Self-Report Version

PATIENT: Because alcohol use can affect your health and can interfere with certain medications and treatments, it is important that we ask some questions about your use of alcohol. Your answers will remain confidential so please be honest.

Place an X in one box that best describes your answer to each question.

Questions	0	1	2	3	4	
1. How often do you have a drink containing alcohol?	Never	Monthly or less	2-4 times a month	2-3 times a week	4 or more times a week	
2. How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?	1 or 2	3 or 4	5 or 6	7 to 9	10 or more	
3. How often do you have six or more drinks on one occasion?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
4. How often during the last year have you found that you were not able to stop drinking once you had started?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
5. How often during the last year have you failed to do what was normally expected of you because of drinking?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
6. How often during the last year have you needed a first drink in the morning to get yourself going after a heavy drinking session?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
7. How often during the last year have you had a feeling of guilt or remorse after drinking?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
8. How often during the last year have you been unable to remember what happened the night before because of your drinking?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
9. Have you or someone else been injured because of your drinking?	No		Yes, but not in the last year		Yes, during the last year	
10. Has a relative, friend, doctor, or other health care worker been concerned about your drinking or suggested you cut down?	No		Yes, but not in the last year		Yes, during the last year	
					Total	

Annexe 2 : Guide d'entretien

Dans le cadre de mon mémoire, je vais te poser quelques questions sur la prise en charge dont tu as bénéficié lorsque tu t'es rendu(e) aux urgences de la Citadelle, je vais te poser quelques questions auxquelles tu peux répondre. L'entretien est enregistré pour faciliter la retranscription. Tu peux y mettre fin à tout moment, et cet entretien restera totalement anonyme.

Parlons d'abord un peu de toi :

- Quel âge as-tu ?
- Quel est ton domaine d'études, ou ton domaine professionnel ?
- Où est-ce que tu vis, es-tu en kot/ colocation ou toujours chez tes parents ?
- Quelle est ta situation générale ?
- ➔ Réseau social, sortie en général, comité de baptême/régional, ... Les questions relatives au réseau social, aux habitudes de sorties et à l'éventuelle participation à des comités étudiants (tels que comités de baptême ou régionaux) visent à contextualiser le cadre social dans lequel s'inscrit la consommation d'alcool. Elles permettent de mieux comprendre les facteurs environnementaux et culturels pouvant influencer les pratiques de consommation, sans porter de jugement sur les participants ni établir de lien causal direct.

Passons à la soirée en elle-même :

- Peux-tu me dire quand tu es allé aux urgences ?
- Qui a appelé les secours ou, du moins, a pris la décision qu'il fallait le faire ?
- Peux-tu me décrire le contexte de la soirée avant ton arrivée aux urgences, était-ce un événement particulier ?
- ➔ Relance possible : Est-ce que c'était la première fois ? Est-ce que cette situation s'est déjà produite plusieurs fois ?
- Comment décrirais-tu ta consommation d'alcool à ce moment là ?

La prise en charge :

- Comment s'est passée la prise en charge physique ?
- As-tu rencontré un médecin ? Si oui comment cela s'est-il passé ?
- Y a-t-il eu une prise en charge psychologique ?
- ➔ Oui : comment cela s'est-il déroulé ?
- ➔ Non : aurais-tu souhaité en rencontrer un ?
- Que penses-tu si je te dis qu'à la Citadelle de Liège, un dispositif anti-alcool est mis en place depuis 2013, que le personnel soignant est formé et sensibilisé à la problématique de l'alcool et que les patients dans un état avancé d'intoxication alcoolique pourraient bénéficier d'une brève intervention de sensibilisation et de prévention sur la consommation d'alcool de la part du personnel soignant ?
- Comment s'est passée ta sortie de l'hôpital ?
- Avec le recul, est-ce que tu trouves que les soins que tu as reçus ont été suffisants ?

-
- Aurais-tu aimé que quelque chose soit différent ?

Je te remercie pour ta participation.

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 16 février 2026

Madame le Prof. A-F. DONNEAU
Monsieur Eric ADAM
SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE
ULIEGE

Cher Collègue,

Vous trouverez ci-joint l'avis d'approbation de l'étude :

"Comment les patients de l'enseignement supérieur souffrants d'intoxication alcoolique aiguë perçoivent-ils la qualité de leur prise en charge aux urgences de l'Hôpital de la Citadelle de Liège."

Dans le cadre des responsabilités qui lui sont imposées par la loi du 07 mai 2004, Le Comité d'Ethique souhaite vous faire part des recommandations suivantes :

- aucun patient ne peut être inclus dans l'étude avant la réception de la lettre d'approbation;
- nous souhaitons être informés de la date de début effectif de l'étude dans votre site (date d'inclusion du 1^{er} patient);
- nous attachons une grande importance à la protection de la vie privée des patients/volontaires sains et nous comptons sur vous pour :
 - assurer un archivage sûr des documents sources (conservation sous clefs),
 - assurer la protection par mot de passe des bases de données éventuellement créées pour la gestion de vos résultats, refuser, si ces données doivent être transmises à un tiers, de transmettre non seulement des données directement identifiantes (attention à l'anonymisation des copies d'examens ou protocoles d'examens) mais également toute association de données qui pourraient permettre la ré-identification du patient (attention à l'association initiales, date de naissance et sexe encore trop souvent retrouvée dans les CRF).
- nous devons impérativement être informés :
 - de tout événement indésirable grave, suspect et inattendu (SUSAR) survenu chez l'un de vos patients ou volontaire sain,
 - du renouvellement de l'assurance (request in progress: attestation to be furnished before starting the study) quand celle-ci arrive à échéance,
 - du déroulement de l'étude, et ce annuellement,
 - de la clôture de l'étude avec rapport des résultats obtenus.
- aucun changement ne peut être apporté au protocole sans l'obtention d'un avis favorable du Comité d'Ethique;
- qu'il relève de votre responsabilité de veiller à ce que tout dommage, lié de manière directe ou indirecte à l'expérimentation, encouru par un patient inclus par vos soins soit pris en charge financièrement par le promoteur soit directement, soit via le recours à l'assurance "étude";
- tout courrier/courriel de suivi que vous nous transmettez doit bien évidemment reprendre les références de l'étude et sera accompagné de votre évaluation actuelle de la balance risques/bénéfices si ce courrier est en rapport avec la sécurité du patient (amendement, nouvelle brochure d'investigateur, déviation de protocole, nouvelle information pouvant affecter la sécurité du sujet, SAE, etc....).
- Le protocole sera enregistré dans la base de données ClinicalTrials.org avant le démarrage

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE

Président : Professeur D. LEDOUX

Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET

Secrétariat administratif : 04/323.21.58

Coordination scientifique: 04/323.22.65

Mail : ethique@chuliege.be

Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 16 février 2026

Madame le Prof. A-F. DONNEAU
Monsieur Eric ADAM
SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE
ULIEGE

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Nr EudraCT ou Nr belge : B7072025000114 ; Notre réf: 2025/318

Cher Collègue,

J'ai le plaisir de vous informer que le Comité d'Ethique a donné une réponse favorable à votre demande d'avis intitulée :

"Comment les patients de l'enseignement supérieur souffrants d'intoxication alcoolique aiguë perçoivent-ils la qualité de leur prise en charge aux urgences de l'Hôpital de la Citadelle de Liège."

Vous trouverez, sous ce pli, le formulaire de réponse reprenant, en français et en anglais, les différents éléments examinés et approuvés et la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs,

PO Don F. Zamboni, VP

Prof. D. LEDOUX
Président du Comité d'Ethique

Note: l'original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l'Expérimentateur principal.

Copie à la Direction de l'AFMPS
S. HABETS

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE
Président : Professeur D. LEDOUX
Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET
Secrétariat administratif : 04/323.21.58
Coordination scientifique: 04/323.22.65
Mail : ethique@chuliege.be
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

Notre Dossier nr : *Our File nr* : 2025 / 318
 Nr EudraCT : B7072025000114

COMITE D'ETHIQUE HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE
(707)

Approbation d'une demande d'étude clinique
Approval form for a clinical trial

Après examen des éléments suivants : *Having considered the following data* :

Protocole, Titre, *Title*

Comment les patients de l'enseignement supérieur souffrants d'intoxication alcoolique aiguë perçoivent-ils la qualité de leur prise en charge aux urgences de l'Hôpital de la Citadelle de Liège.

Numéro d'étude, *Study Number* :

Nr EudraCT ou Nr belge: B7072025000114

Promoteur, *Promoter*: **ULIEGE**

Liste des documents examinés et approuvés			
Demande d'avis "Loi 7 mai 2004"	21/08/2025		
Protocole complet	v5		16/02/2026
Résumé du protocole en Français			07/08/2025
Attestation assurance	Ethias		23/05/2025
FIC destiné à	Participants	v4	04/02/2026
CV de l'investigateur principal	E. Adam		
GCP de l'investigateur principal	E. Adam		15/09/2025
Questionnaires			
Matériel de recrutement	lettre de recrutement	v?	?
Autres:	CV + GCP S. Habets Visa d'Eric Adam Convention de volontariat		

Notre Dossier nr : *Our File nr* : 2025 / 318Approbation d'une demande d'étude clinique (suite)
Approval form for a clinical trial (following page)

Protocole

Comment les patients de l'enseignement supérieur souffrants d'intoxication alcoolique aiguë perçoivent-ils la qualité de leur prise en charge aux urgences de l'Hôpital de la Citadelle de Liège.

Service de : SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE
Clinical unitChef de Service : Prof. A-F. DONNEAU
*Director of the clinical unit*Expérimentateur principal : Eric ADAM
*Principal investigator*Par décision collégiale, le Comité d'Ethique (voir liste des membres en annexe) :
By collegial decision, the Ethics Committee (see enclosed list of the members) :

Oui/Yes Non/No

☒ estime que l'étude peut être réalisée
has accepted the performance of the study

Signature _____
SignatureNom : Prof. D. LEDOUX Président
Printed name :

Date, Date :

16/02/2026

The Ethics Committee states that it is organized and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures

*Cette approbation ne signifie pas que le comité prend la responsabilité de l'étude.
This approval does not mean that the Ethics Committee takes the responsibility of the study.*



MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

Monsieur le Professeur Didier LEDOUX Intensiviste, CHU	Président
Monsieur le Docteur Etienne BAUDOUX Expert en Thérapie Cellulaire, CHU	Vice-Président
Monsieur le Docteur Guy DAENEN Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU	Vice-Président
Monsieur le Professeur Pierre FIRKET Généraliste, membre extérieur au CHU	Vice-Président
Monsieur Resmi AGIRMAN Représentant des volontaires sains, membre extérieur au CHU	
Madame Viviane DESSOUROUX Représentante des patients, membre extérieure au CHU	
Madame Régine HARDY / Madame la Professeure Adélaïde BLAVIER (suppléante) Psychologue, CHU Psychologue, membre extérieure au CHU	
Madame Céline KEMPENEERS Pédiatre, CHU	
Madame Sophie KESSELER Infirmière, CHU	
Monsieur le Professeur Maurice LAMY Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU	
Madame Marie LIEBEN Philosophe, membre extérieure au CHU	
Monsieur Jacques LOMBET Pédiatre, Citadelle	
Madame Patricia MODANESE Infirmière cheffe d'unité, CHU	
Madame la Professeure Anne-Simone PARENT Pédiatre, CHU	
Monsieur Stéphane ROBIDA Juriste, membre extérieur au CHU	
Madame Isabelle ROLAND Pharmacienne, CHU	
Madame la Docteure Isabelle RUTTEN Radiothérapeute, membre extérieure au CHU	
Monsieur le Professeur Vincent SEUTIN Pharmacologue, membre extérieur au CHU	

Annexe 4 : Formulaire d'information



Formulaire d'information et de consentement RGPD pour un travail de fin d'étude

Comment les étudiants de l'enseignement supérieur souffrants d'intoxication alcoolique aiguë perçoivent-ils la qualité de leur prise en charge dans les services d'urgences de la citadelle de Liège ?

Ce formulaire d'information et de consentement RGPD présente une description de l'étude et des traitements de données à caractère personnel qui y sont associés.

Nous vous demandons de lire attentivement ce document. Si vous êtes d'accord de prendre part à cette étude, vous devrez signer ce document. Une copie datée de ce document vous sera remise. Après avoir donné votre consentement à participer, vous resterez libre de vous retirer de cette étude à tout moment, sans qu'aucune justification ne soit nécessaire.

Si vous avez d'autres questions ou préoccupations concernant le projet ou vos données à caractère personnel, ou si vous souhaitez retirer votre participation, vous êtes libre de contacter le ou les responsables du projet de recherche à tout moment au moyen des coordonnées figurant ci-dessous.

Responsable(s) du projet de recherche

Le promoteur de ce travail de fin d'étude est : Eric Adam eric.adam@chuliege.be

L'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude est : Sarah Habets Sarah.habets@student.uliege.be

Description de l'étude

Cet entretien a pour but d'explorer la prise en charge des étudiants en intoxication alcoolique aiguë à l'hôpital de la Citadelle de Liège. Cette étude sera menée, sauf prolongation, jusqu'à la fin de l'année académique 2025-2026.

Protection des données à caractère personnel

Le ou les responsables du projet prendront toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données à caractère personnel, conformément au *Règlement général sur la protection des données* (RGPD – UE 2016/679) et à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel

1. Qui est le responsable du traitement ?

Le Responsable du Traitement est l'Université de Liège, dont le siège est établi Place du 20-Août, 7, B- 4000 Liège, Belgique.

2. Quelles seront les données collectées ?

Les données récoltées seront :

- Questionnaire d'AUDIT pour évaluer la fréquence et la quantité d'alcool que la personne a l'habitude de boire en soirée, utilisé comme outil d'évaluation et intégré à l'entretien semi-dirigé.
- Données personnelles telles que le milieu socio-économique, lieu de résidence, co-habitants, âge, type et année d'étude, profession, lien avec des activités folkloriques estudiantines
- Contexte de l'événement, soirée qui a amené le sujet aux urgences
- Prise en charge physique aux urgences
- Prévention et/ ou sensibilisation à la consommation aux urgences
- Sentiment de la personne par rapport à sa prise en charge générale et elle voudrait apporter des modifications .

À quelle(s) fin(s) ces données seront-elles récoltées ?

Les données à caractère personnel récoltées dans le cadre de cette étude serviront à la réalisation du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Elles pourraient, éventuellement, aussi servir à la publication de ce travail de fin d'étude ou d'articles issus de cette recherche, à la présentation de conférences ou de cours en lien avec cette recherche, et à la réalisation de toute activité permettant la diffusion des résultats scientifique de cette recherche. Votre anonymat sera garanti dans les résultats et lors de toute activité de diffusion de ceux-ci.

3. *Combien de temps et par qui ces données seront-elles conservées ?*

Les données à caractère personnel récoltées seront conservées jusqu'à la réalisation et la validation par le jury du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Le cas échéant, la conservation de ces données pourrait être allongée de quelques mois afin de permettre les autres finalités exposées au point 3.

Ces données seront exclusivement conservées par l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude, sous la direction de son promoteur.

4. *Comment les données seront-elles collectées et protégées durant l'étude ?*

Des entretiens sémi-dirigés seront administrés à des personnes sur base de volontariat. Ces entretiens s'appuieront sur un questionnaire servant de guide afin d'aborder les différents thèmes de l'étude. Les entretiens seront enregistrés, avec l'accord du participant pour faciliter la retranscription. Une fois la retranscription faite, les enregistrements seront détruits.

- Étape 1 : L'entretien se fera avec le participant qui participera sur base du volontariat. Il sera individuel et la personne pourra mettre fin à l'entretien si elle le souhaite. Il pourra se faire dans un lieu adapté comme les locaux proposés par le promoteur sur le site du chu ou via des plateformes comme teams en appel privé. L'entretien sera enregistré pour faciliter la retranscription.
- Étape 2 : Une fois la retranscription faite, l'enregistrement de l'entretien sera supprimé garantissant l'anonymat total du participant. Aucune information permettant l'identification de la personne ne figurera dans la retranscription de l'entretien.
- Rédaction du mémoire au moyen des réponses désormais anonymes

5. *Ces données seront-elles rendues anonymes ou pseudo-anonymes ?*

Les données seront sauvegardées uniquement jusqu'à la retranscription de l'entretien, une fois que ce dernier sera retranscrit, les données seront anonymisées totalement, cela permettra une rédaction du mémoire tout à fait anonyme.

6. *Qui pourra consulter et utiliser ces données ?*

Seuls l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude présenté plus haut, son promoteur et éventuellement les membres du jury de mémoire (pour validation de la démarche scientifique) auront accès à ces données à caractère personnel.

7. *Ces données seront-elles transférées hors de l'Université ?*

Non, ces données ne feront l'objet d'aucun transfert ni traitement auprès de tiers.

8. *Sur quelle base légale ces données seront-elles récoltées et traitées ?*

La collecte et l'utilisation de vos données à caractère personnel se fondent sur la mission d'intérêt public de l'Université (RGPD, Art. 6.1.e) et, pour les données particulières, sur la nécessité de traiter ces données à des fins de recherche scientifique (RGPD, Art. 9.2.j).

9. *Quels sont les droits dont dispose la personne dont les données sont utilisées ?*

Comme le prévoit le RGPD (Art. 15 à 23), chaque personne concernée par le traitement de données peut, en justifiant de son identité, exercer une série de droits :

- obtenir, sans frais, une copie des données à caractère personnel la concernant faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la présente étude et, le cas échéant, toute information disponible sur leur finalité, leur origine et leur destination;
- obtenir, sans frais, la rectification de toute donnée à caractère personnel inexacte la concernant ainsi que d'obtenir que les données incomplètes soient complétées ;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, l'effacement de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, la limitation du traitement de données à caractère personnel la concernant;
- s'opposer, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, pour des raisons tenant à sa situation particulière, au traitement des données à caractère personnel la concernant ;
- introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

10. Comment exercer ces droits ?

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données de l'Université, soit par courrier électronique (dpo@uliege.be), soit par lettre datée et signée à l'adresse suivante :

Université de Liège
M. le Délégué à la protection des données,
Bât. B9 Cellule "GDPR",
Quartier Village 3,
Boulevard de Colonster 2,
4000 Liège, Belgique.

Coûts, rémunération et dédommagements

Aucun frais direct lié à votre participation à l'étude ne peut vous être imputé. De même, aucune rémunération ou compensation financière, sous quelle que forme que ce soit, ne vous sera octroyée en échange de votre participation à cette étude.

Retrait du consentement à participer à l'étude

Si vous souhaitez mettre un terme à votre participation à ce projet de recherche, veuillez en informer l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude et/ou son Promoteur, dont les noms figurent sur la première page de ce document. Ce retrait peut se faire à tout moment, sans qu'une justification ne doive être fournie. Sachez néanmoins que les traitements déjà réalisés sur la base de vos données personnelles ne seront pas remis en cause. Par ailleurs, les données déjà collectées ne seront pas effacées si cette suppression rendait impossible ou entravait sérieusement la réalisation du projet de recherche. Vous en seriez alors averti.

Questions sur le projet de recherche

Toutes les questions relatives à cette recherche peuvent être adressées à l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude, dont les coordonnées sont reprises ci-dessus.

Je déclare avoir lu et compris les 3 pages de ce présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire signé par les personnes responsables du projet. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet et ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles j'ai reçu une réponse satisfaisante. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Nom et prénom :

Date :

Signature :

Nous déclarons être responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Nom et prénom du Promoteur : Eric Adam

Date :

Signature :

Nom et prénom de l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude : Habets Sarah

Date :

Signature :

Annexe 5 : Formulaire de consentement éclairé

CEHFUL – FIC Expérimentation/Enquête

Titre de l'enquête : Comment les étudiants de l'enseignement supérieur souffrants d'intoxication alcoolique aiguë perçoivent-ils la qualité de leur prise en charge aux urgences de l'hôpital de la Citadelle de Liège ?

Promoteur de l'étude : Uliège, Université de Liège

Comité d'Ethique : comité d'éthique hospitalo-facultaire Universitaire de Liège

Investigateurs locaux : Éric Adam investigateur principal et encadrant du mémoire

co-investigateurs : Habets Sarah étudiante encadrée qui collabore à la recherche

I Informations essentielles

Vous êtes invité à participer à une enquête.

Avant que vous n'acceptiez de participer à cette étude, nous vous invitons à lire ce formulaire qui décrit les objectifs et les modalités pratiques.

Vous avez le droit de poser, à tout moment, des questions en rapport avec cette enquête.

L'objectif de cette enquête consiste à mettre en lumière la perception de votre prise en charge aux urgences de la Citadelle de Liège lors de votre intoxication alcoolique aiguë.

Cette enquête devrait inclure environ 10 à 15 participants en Belgique.

Si vous acceptez de participer à cette enquête, **il vous sera demandé de** répondre aux questions de type enquête

Données collectées : Données personnelles, antécédents avec l'alcool (AUDIT), vision de sa propre consommation d'alcool, situation vécue et perception de cette situation lors de la prise en charge.

Votre participation durera environ 30 à 45 minutes.

Participation volontaire

Votre participation à cette enquête est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'enquête à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'enquête font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette enquête n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages.

Bénéfices et risques

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette enquête, vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation.

Cependant, les informations obtenues grâce à cette étude peuvent contribuer à une meilleure connaissance de l'impacte d'une prise en charge chez les jeunes adultes en état d'intoxication alcoolique aiguë.

Assurance sans faute

Si vous ou vos ayants droit (famille) subissez un dommage lié à cette enquête, ce dommage sera indemnisé par le promoteur de l'étude conformément à la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004. Vous ne devez prouver la faute de quiconque.

Noms et coordonnées de l'assureur : Ethias SA, voie Gisèle Halimi, 10 à Liège
Numéro de police d'Assurance : 45.482.838

Protection de la vie privée

- Votre identité et votre participation à cette enquête demeureront strictement confidentielles. Chaque nom et prénom des participants seront codés comme suit : participant 1 ; P2 ; P3, ...) durant le temps de la retranscription de l'entretien. Une fois la retranscription achevée, l'entretien sera totalement anonymisé, aucune identité ne sera nécessaire.
- La protection des données personnelles est assurée par la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par les réglementations européennes (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel (RGPD) du 25 mai 2018) et belges en vigueur.
- Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude. Le gestionnaire des données est l'étudiante Habets Sarah qui gardera les données 1 mois.
- Selon le RGPD, vous disposez d'un droit de regard sur le traitement de vos données. Si vous avez des questions à ce sujet, vous pouvez contacter le responsable de la protection des données du centre d'étude à l'adresse suivante : dpo@uliege.be
- En cas de plainte concernant le mode de traitement de vos données, vous pouvez contacter l'Autorité Belge de Protection des Données : Rue de la Presse 35 - 1000 Bruxelles - Tél. : 02 274 48 00 - e-mail : contact@apd-gba.be

Comité d'éthique

Cette enquête est évaluée par un comité d'éthique indépendant, à savoir le comité d'éthique hospitalo-facultaire Universitaire de Liège, qui a émis un avis favorable le

Personnes à contacter si vous avez des questions à propos de l'enquête :

Habets Sarah : 0491 32 47 72 ou Sarah.habets@student.uliege.be

Adam Eric : eric.adam@chuliege.be

Si vous estimez avoir subi un dommage lié à l'enquête ou si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'expérimentation ou à propos de vos

droits en tant que patient participant à une étude clinique, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter :

Responsable de l'étude :

.....
.....

Email : eric.adam@chuliege.be

Téléphone : 04/323 70 77 (secrétariat)

II Formulaire de consentement éclairé au participant

Comment les étudiants de l'enseignement supérieurs souffrant d'intoxication alcoolique aiguë perçoivent-ils leur prise en charge aux urgences de l'hôpital de la citadelle de Liège ?

Participant

1. Je déclare que j'ai été informé sur la nature de l'étude, son but, sa durée, les effets secondaires éventuels et ce que l'on attend de moi. J'ai pris connaissance du document d'information et des annexes à ce document.
2. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse satisfaisante à mes questions.
J'ai compris que ma participation à cette étude est volontaire et que je suis libre de mettre fin à ma participation à cette étude sans qu'il soit nécessaire justifier ma décision et sans que cela ne n'entraîne le moindre désavantage.
3. Je consens de mon plein gré, sans avoir subi aucune pression physique ni psychologique.
4. J'ai compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que l'investigateur et le promoteur se portent garant de la confidentialité de ces données, dans le respect de :
 - la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation sur la personne humaine ;
 - les réglementations européennes et belges en vigueur (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018 et la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée).
5. Je consens au traitement de mes données personnelles selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garanties de confidentialité.
6. J'accepte / n'accepte pas (biffer la mention inutile) que les données de recherche récoltées pour les objectifs de la présente étude puissent être traitées ultérieurement pour autant que ce traitement soit limité au contexte de la présente étude et soumis à l'approbation du comité d'éthique.
7. J'ai été informé de l'existence d'une assurance
8. Je sais que cette enquête a été soumise et approuvée par le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège - CEHFUL.
9. J'ai reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

Nom, Prénom, date et signature du volontaire.

Investigateur

Je soussigné, Adam Eric, psychologue clinicien, investigateur confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'étude et avoir fourni un exemplaire du document d'information au participant.

Je me suis assuré.e que le/la participant.e a bien compris l'étude.

Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le patient accepte de participer à l'étude et que je suis prêt à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.

Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la « Déclaration d'Helsinki », dans les « Bonnes pratiques Cliniques » et dans la loi belge du 7 mai 2004, relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Nom, prénom, date et signature de l'investigateur

Adam Eric

P.O. Sarah Habets

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Habets', with a stylized flourish underneath.