

***Prise en soins de l'intoxication alcoolique
aiguë chez l'adolescent-e par l'infirmier-ère
des urgences***

Travail de Bachelor

Mattet Morgane N° 18545285

Vatré Margot N° 17561531

Directeur-trice : Szynalski - Morel Murielle - Maître d'enseignement HES-SO

Membre du jury externe : Rubini Katia - Infirmière spécialisée, DAS en santé de
l'enfant, de l'adolescent et de la famille

Genève, 9 août 2021

DÉCLARATION

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 9 août 2021

Mattet Morgane

Vatré Margot

REMERCIEMENTS

Ce travail marque l'aboutissement de notre cursus de Bachelor au sein de la HEdS. Lors de la réalisation de cet écrit, nous avons pu compter sur les encouragements et les précieux conseils de plusieurs personnes que nous tenons à remercier ici.

Nous souhaitons tout d'abord adresser toute notre gratitude à Madame Murielle Szynalski, notre directrice de travail de Bachelor pour son encadrement, son soutien, sa bienveillance, son expertise et son extrême amabilité tout au long de l'année.

Nous remercions chaleureusement Madame Katia Rubini, infirmière spécialisée en santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille, d'avoir accepté d'être membre de notre jury.

Nous exprimons aussi notre reconnaissance à Madame Laurence Séchaud pour son encadrement lors des prémices de ce travail et pour ses précieux conseils durant les séminaires préparatoires.

Nos remerciements vont également à Mesdames Lise Vatré et Laurence Mattet pour les heures consacrées à la relecture de ce travail ainsi qu'à Alison Fianders et Clémence Perrot pour leur aide précieuse lors de la réalisation de ce dernier.

Nous terminerons en adressant un grand merci à nos familles, nos amis et nos camarades pour leurs soutiens inconditionnels tout au long de cette formation et de ce travail de Bachelor.

RÉSUMÉ

Problématique

L'adolescence est une période de transition entre le monde de l'enfance et celui des adultes. Les nouveaux défis et les contradictions qui apparaissent au cours de cette période rendent les adolescents particulièrement vulnérables et enclins à prendre des risques. Ils expérimentent leurs limites en essayant de se rapprocher de ce qu'ils considèrent comme les normes adultes. L'abus d'alcool est le résultat de l'une de ces expériences. Alors que ces jeunes ont tendance à se sentir invincibles, une consommation excessive peut avoir des conséquences graves, comme une intoxication alcoolique aiguë. Cette dernière est un problème de santé publique majeur qui, selon Stauffer Babel (n.d.) a touché près de mille jeunes en Suisse en 2019. La prise en soins infirmière de première ligne est donc cruciale.

Méthodes

Nous avons effectué de nombreuses recherches, notamment sur le moteur de recherches scientifiques PubMed. Après plusieurs requêtes, nous avons sélectionné six articles sur la prévention secondaire de l'abus d'alcool chez les jeunes. Tous étaient des essais randomisés contrôlés.

Résultats

Les interventions visant à réduire la consommation d'alcool chez les jeunes sont rarement couronnées de succès. Dans nos articles, les thèmes principaux étaient l'entretien motivationnel, les interventions sur ordinateur, les entretiens d'information, la réduction de la consommation et les effets de la consommation.

Discussions

Nous avons développé plusieurs pistes de réflexion. Nous avons comparé les conceptions d'ERC, les populations, les interventions, les méthodes de suivi et les résultats. L'entretien motivationnel est apparu comme la forme d'intervention appropriée dans ce contexte. Il convient également de noter que la difficulté majeure semble être l'engagement des jeunes dans leur processus de transition.

ABSTRACT

Problem and Aims

Adolescence is a period of transition from the world of childhood to the world of adults. The new challenges and contradictions, which emerge during this period, render adolescents particularly vulnerable and prone to risk-taking. They experiment with their limits in trying to come closer to what they consider to be adult standards. Alcohol abuse is the result of one of such experiments. While adolescents tend to feel invincible, excessive consumption can lead to serious consequences such as acute alcohol poisoning. The latter is a major public health problem which, according to Stauffer Babel (n.d.), affected almost a thousand young people in Switzerland in 2019. Frontline nursing care is therefore crucial.

Methods

We searched for articles, in particular on the scientific search engine PubMed. After several queries, we selected 6 articles on secondary prevention of alcohol abuse in young people. All were randomised controlled trials.

Results:

Interventions aimed at reducing alcohol consumption among young people are rarely successful. In our articles, the main themes were motivational interviewing, computer-based interventions, information interviews, reduction of consumption and impacts of consumption.

Discussions

We developed several lines of thought. We compared our RCT designs, populations, interventions, follow-up methods and outcomes. Motivational interviewing stood out as the form of intervention appropriate in this context. It should also be noted that the major difficulty seems to be the commitment of young people to undergo change.

Mots-clés :

Adolescent-e, Prévention secondaire, Intoxication alcoolique aiguë, Urgences, Soins infirmiers.

Key words :

Adolescent, Secondary prevention, Alcoholic intoxication, Emergency, Nursing

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AF/I	Assessment Feedback/Information
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
AUDIT-C	Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption
CRAFFT	Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble
eBI	electronic Brief Intervention
EM	Entretien motivationnel
ERC	Essai / Etude randomisée contrôlée
HEdS	Haute Ecole de Santé - Genève
IAA	Intoxication alcoolique aiguë
NTIC	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
PFBA	Personalised Feedback and Brief Advice
RAPI	Rutgers Alcohol Problems Index
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SMS	Short Message Service

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1 : <i>Équation de recherche PICO</i>	40
Tableau n°2 : <i>Mots-clés pour les recherches d'articles</i>	49
Tableau n°3 : <i>Équations de recherches principales sur PubMed</i>	49
Tableau n°4 : <i>Tableaux de synthèse</i>	60
Tableau n°5 : <i>Tableau comparatif</i>	71

LISTE DES FIGURES

Figure n°1 : <i>Pourcentage de garçons et de filles de 15 ans buvant de l'alcool au moins une fois par semaine en Europe et Amérique du nord</i>	16
Figure n°2 : <i>Fréquence en 2018 de la consommation d'alcool chez les adolescent-e-s de 11 à 15 ans</i>	17
Figure n°3 : <i>Diagramme de flux</i>	50

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration.....	2
Remerciements.....	3
Résumé.....	4
Abstract.....	5
Liste des abréviations	7
Liste des tableaux.....	8
Liste des figures.....	8
Table des matières	9
Introduction	13
1. Problématique	13
1.1. Adolescence, une période de transition	13
1.2. Épidémiologie	15
1.3. Aspect social	17
1.3.1. Cadre familial	18
1.3.2. Groupe de pairs.....	20
1.3.3. Facteurs personnels.....	21
1.4. Aspect légal	22
1.5. Médias, marketing et culture	23
1.6. Pourquoi les jeunes consomment-ils ?.....	24
1.7. Comment les jeunes consomment-ils ?.....	24
2. Etat des connaissances	25
2.1. L'alcoolisation des adolescent-e-s, une préoccupation fédérale et cantonale.....	25
2.2. Conséquences à long terme de l'alcoolisation chez les adolescent-e-s	26
2.3. Aspects biologiques, symptômes et complications de l'IAA.....	27
2.4. Le rôle infirmier dans un service d'urgences	29
2.4.1. Prise en soins somatique	29

2.4.2.	Entretiens infirmiers avec le/la jeune patient-e.....	31
2.4.3.	Approche systémique familiale.....	36
2.4.4.	Retour à domicile ou transfert ?	37
3.	Théorie des transitions /Ancrage théorique	38
3.1.	Paradigme infirmier et école de pensée	38
3.2.	Niveau d'abstraction	39
3.3.	Méthodologie de la pratique	40
3.3.1.	La nature de la transition.....	40
3.3.2.	Les conditions de la transition	43
3.3.3.	Indicateurs empiriques de la transition.....	45
3.3.3.1.	Indicateurs de processus	45
3.3.3.2.	Indicateurs de résultats	46
3.3.4.	Nursing thérapeutique	47
4.	Méthode	48
4.1.	Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	48
4.2.	Diagramme de flux	49
5.	Résultats	52
5.1.	Analyse critique des articles retenus.....	52
5.2.	Synthèse des articles	60
6.	Discussion.....	71
6.1.	Devis.....	73
6.1.1.	Type d'ERC	73
6.1.2.	Zone géographique	73
6.1.3.	Randomisation	74
6.2.	Population.....	74
6.2.1.	Nombre de participant-e-s.....	74
6.2.2.	Âge	75

6.2.3.	Homogénéité	75
6.2.4.	Critères d'exclusion	76
6.2.5.	Motif d'hospitalisation	76
6.2.6.	Dépistage	77
6.3.	Interventions	77
6.3.1.	Entretien ou documentation d'intervention	77
6.3.2.	Entretien motivationnel.....	78
6.3.3.	Intervention sur ordinateur ou smartphone	78
6.3.4.	Nombre de sessions d'intervention	79
6.3.5.	Implication des parents	79
6.4.	Suivis des résultats.....	80
6.4.1.	Temporalité	80
6.4.2.	Méthode de suivi	80
6.4.3.	Adhésion aux suivis.....	81
6.4.3.1.	Rémunération des participant-e-s	82
6.5.	Outcomes et résultats.....	83
6.5.1.	Type de consommation	83
6.5.2.	Complications physiques et psychiques en lien avec l'alcool	84
6.5.3.	Utilisation d'autres substances.....	84
6.5.4.	Impact socail	85
6.5.5.	Motivation au changement	85
6.5.6.	Coût-efficacité	85
6.6.	Discussions et propositions	86
7.	Conclusion	88
8.	Références.....	89
9.	Annexes	100
9.1.	Annexe n°1 : <i>Questionnaire AUDIT</i>	100

9.2.	Annexe n°2 : <i>Questionnaire AUDIT-C</i>	102
9.3.	Annexe n°3 : <i>Figure générale de Meleis (2010)</i>	103
9.4.	Annexe n°4 : Équation de recherche.....	104
9.5.	Annexe n°5 : Holarchie structurelle des connaissances selon Fawcett (2006) 105	
9.6.	Annexe n°6 : Pyramide des niveaux de preuve	106

INTRODUCTION

L'adolescence est le passage entre le monde donné de l'enfance et l'existence d'homme à fonder.

Simone de Beauvoir (1947)

Particulièrement intéressées par la période de bouleversements de l'adolescence, nous avons souhaité effectuer un travail de recherche en lien avec les spécificités de cette époque charnière. De surcroît, nous avons pu constater que les addictions débutent, en principe, durant cette étape de grande vulnérabilité. La découverte de l'alcool étant, pour la plupart des jeunes inévitable, nous nous sommes donc penchées sur la prise en soins infirmière de première ligne.

Nous avons ainsi pu constater que l'intoxication alcoolique aiguë reste un problème de santé publique majeur qui fait, aujourd'hui encore, l'objet de nombreuses recherches.

1. PROBLÉMATIQUE

1.1. Adolescence, une période de transition

L'adolescence est une période charnière de la vie d'un individu. Au-delà du changement physique, ce sont les bouleversements psychologiques qui lui permettront de construire les bases de sa vie d'adulte. Selon l'Organisation mondiale de la Santé [OMS] (2021), l'adolescence se caractérise par une étape de développement entre l'enfance et l'âge adulte, c'est-à-dire entre 10 et 19 ans. D'autre part, cette phase «représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changement. Les processus biologiques déterminent de nombreux aspects de cette croissance et de ce développement, l'apparition de la puberté marquant le passage de l'enfance à l'adolescence » (OMS, 2021, s.p.). Selon Taborda-Simões (2005), l'adolescent-e a besoin d'indépendance vis-à-vis de ses parents et cela peut provoquer des conflits et des tensions au sein de la famille. Ces changements sont importants car ils permettent à l'adolescent-e de « construire une

identité propre, développer un sentiment de compétence personnelle ainsi que gagner en autonomie et indépendance sociale et émotionnelle » (Bantuelle & Demeulemeester, 2008 cités par Archimi & Delgrande Jordan, 2014, p.16).

Selon Arcand & al. (2008) et Archimi & Delgrande Jordan (2014), l'adolescence est une période marquée par de nouveaux apprentissages notamment concernant l'alcool. Les choix et les pressions internes auxquels les adolescent-e-s sont soumis peuvent impacter leur capacité à maintenir leur santé physique, psychique et sociale ainsi que leur bien-être. L'OMS (2021) définit la santé comme suit : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » (s.p.). Cependant, Arcand & al. (2008) rappellent que l'adolescent-e ne perçoit sa santé comme un bien à préserver que vers la fin de son adolescence. Avant cela, il/elle préfère la satisfaction immédiate de l'assouvissement de ses désirs. Sa santé est, pour lui/elle, dépendante de facteurs externes et il/elle est de ce fait peu réceptif à la prévention. Il/elle n'arrive donc pas à mesurer les conséquences de ses actes. L'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie [ISPA] (2005), précise que l'apprentissage d'une gestion raisonnable et prudente de sa consommation d'alcool fait partie intégrante du développement de l'adolescent-e.

Selon Arcand & al. (2008), par la réorganisation interne qui s'opère chez l'individu, cette période constitue une étape de vulnérabilité marquée par la négociation de défis intérieurs. Cette fragilité peut être plus ou moins importante en fonction des individus, de leurs vécus et de l'environnement dans lequel ils évoluent. Selon Archimi & Delgrande Jordan (2014), on parle de facteurs de risques de comportement. La vulnérabilité peut se définir par « des groupes sociaux qui ont une plus grande susceptibilité aux comportements néfastes à la santé » (Flaskerud & Winslow, 1998 cités par Archimi & Delgrande Jordan, 2014). Ces mêmes auteurs, ajoutent que cette définition est sous-jacente au concept de risques. En effet, les bouleversements induits par l'adolescence, rendent ces populations vulnérables à des comportements dits « à risques ». « Certains adolescents seraient plus vulnérables à ces comportements que d'autres ... par extension, ils/elles sont plus à risque d'être affectés dans leur santé, leur bien-être et leur parcours éducatif. » (Archimi & Delgrande Jordan, 2014. p. 17).

Selon Archimi & Delgrande Jordan, (2014), les prises de risques de l'adolescent-e sont inhérentes à la période d'expérimentation des comportements adultes. Selon Addiction Suisse (2012), cet aspect de l'adolescent-e explique en partie sa consommation d'alcool car cette dernière est normalement réservée aux adultes. Il/Elle peut ainsi s'éloigner de la période de l'enfance. D'autre part, selon Soulière (2013), cette période de la vie est souvent synonyme de dépassement des limites afin d'apprendre à les connaître. C'est aussi une façon pour l'adolescent-e de s'ouvrir à des expériences inédites et potentiellement dangereuses. D'autre part, la compétition est omniprésente durant cette période. En effet, toujours selon Soulière (2013), l'émulation est présente dans les domaines sportifs, scolaires, technologiques, etc., mais aussi dans des comportements sociaux tels que l'alcoolisation quand l'adolescent-e partage ses exploits avec son groupe de pairs. Cela lui permet de sortir des repères de la famille, de l'enfance et solidifier son appartenance au groupe. Sigman (2013), explique que les zones utilisées pour la pensée critique, la mémoire et le jugement ne sont pas matures chez les jeunes. Cela expliquerait en partie leurs tendances à prendre des risques. On appelle comportements à risques les actions qui « exposent l'individu à une probabilité non négligeable de se blesser ou de mourir, de léser son avenir personnel ou de mettre sa santé en péril » (Le Breton, 2003 cité par Archimi & Delgrande Jordan 2014, p.16).

Un abus d'alcool constitue un de ces comportements car il expose à des risques plus ou moins importants en fonction de la quantité consommée, mais également de la situation vécue, de l'état de santé et de l'état d'esprit du consommateur » (Addiction Suisse, 2012, p.4). Selon Archimi & Delgrande Jordan, (2014), même si le/la jeune cesse sa consommation après l'adolescence, ces comportements peuvent impacter à plus ou moins long terme la personne concernée ainsi que son entourage. Les enjeux liés à l'adolescence sont nombreux et « une consommation excessive d'alcool va perturber le processus de développement personnel » (ISPA, 2005, p.2).

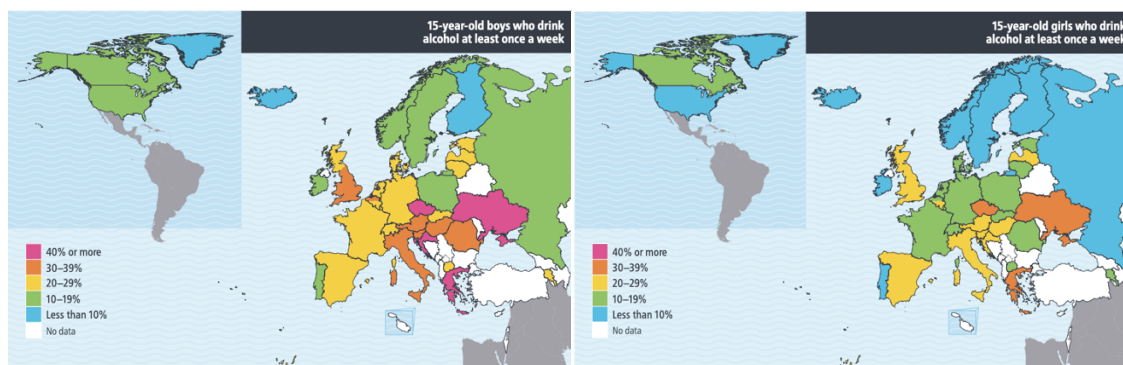
1.2. Épidémiologie

La consommation d'alcool des adolescent-e-s et des jeunes adultes est un problème connu en Suisse, mais plus généralement dans le monde.

D'après Currie & al. (2012), la prévalence de la consommation d'alcool augmente de manière significative entre 11 et 15 ans dans presque tous les pays et régions du monde,

chez les filles comme chez les garçons. Selon ces mêmes auteur-e-s, dans les pays recensés, une moyenne d'environ 32% de jeunes de 15 ans ont été ivres au moins à deux occasions et 21% de cette même population boit de l'alcool au moins une fois par semaine.

Figure n°1 : *Pourcentage de garçons et de filles de 15 ans buvant de l'alcool au moins une fois par semaine en Europe et Amérique du nord*



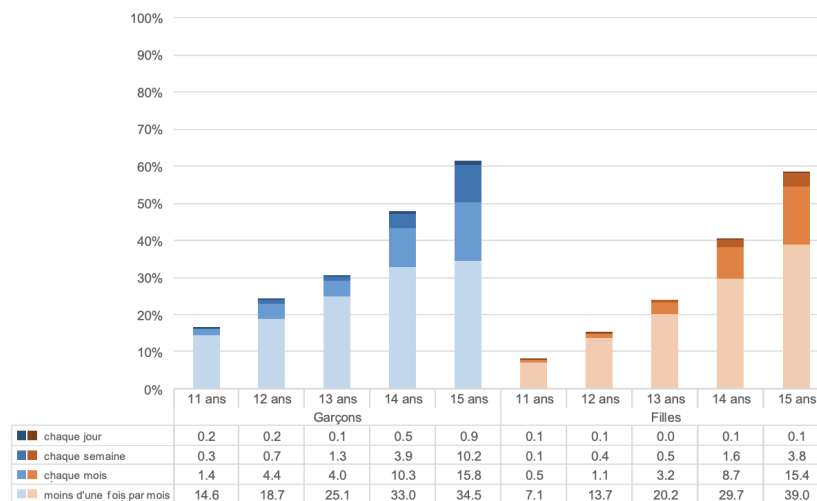
Tiré de : Currie & al. (2012)

De manière générale, les chiffres mis en avant dans cet article, montrent une prévalence de consommation plus importante chez les garçons que chez les filles. Cet écart entre les genres semble cependant plus marqué chez les jeunes de 11 ans que chez ceux de 15 ans.

En ce qui concerne la Suisse, d'après Delgrande Jordan & al. (2018) environ 70 % des jeunes de 15 ans ont déjà bu de l'alcool, environ 15% ont été vraiment ivres au moins à deux occasions et environ 7% boivent une fois par semaine. Dans leur rapport, Delgrande Jordan & al. (2018) montrent également l'évolution de la fréquence de consommation d'alcool chez les adolescent-e-s en fonction de leur âge.

Figure n°2 : Fréquence en 2018 de la consommation d'alcool chez les adolescent-e-s de 11 à 15 ans

Figure 4.2 Fréquence actuelle de la consommation d'alcool chez les élèves de 11 à 15 ans, selon le sexe et l'âge (HBSC 2018)



Remarque: Ne sont représenté-e-s que les consommateurs/trices, soit les élèves qui boivent de l'alcool au moins occasionnellement. Pour arriver à un total de 100%, il faut ajouter les élèves qui ne boivent pas d'alcool.

Tiré de : Delgrande Jordan & al. (2018)

Ces mêmes auteur-e-s mettent cependant en lumière que depuis 1986, la consommation moyenne d'alcool des adolescent-e-s a baissé et tend à se stabiliser. Malgré cette baisse générale, la proportion de filles consommant de l'alcool ne cesse d'augmenter par rapport à celle des garçons, même si ceux-ci restent de plus grands buveurs.

1.3. Aspect social

Nous nous intéressons dans ce travail aux adolescent-e-s de 13 à 17 ans. Addiction Suisse (2012) affirme qu'un enfant de 13 ans ne doit pas boire. Cependant à partir de 14 ans, les occasions se multiplient et l'envie de s'initier à l'alcool augmente. Pour autant, toujours selon cet organisme, de 14 à 15 ans, les jeunes ne devraient pas consommer d'alcool.

1.3.1. Cadre familial

[Selon Arcand & al. (2008), les événements indésirables et l'instabilité au sein de la vie familiale durant la période de transition qu'est l'adolescence peuvent constituer des facteurs de risques. Celles-ci influencent la consommation d'alcool problématique. Ces mêmes auteur-e-s ajoutent que l'attitude des parents joue un rôle dans la survenue ou non d'un abus ou d'une dépendance. La disponibilité des substances au sein du foyer, la consommation dans la famille et la précocité de l'exposition du/de la jeune constituent des facteurs supplémentaires susceptibles d'entraîner une consommation excessive. De plus, selon la Fédération genevoise pour la prévention de l'alcoolisme [FEGPA] (s.d.), le rapport à l'alcool développé par l'adolescent-e repose en grande partie sur les normes transmises par sa famille. D'ailleurs, la FEGPA (s.d.) souligne que chez un certain nombre de jeunes, la première initiation à l'alcool se fait dans le cercle familial proche. Les parents sont ainsi un premier modèle de consommation.

A contrario, il faut mentionner que certaines attitudes parentales limiteraient la consommation du/de la jeune. Dans cette optique, Addiction Suisse (2012), FEGPA (s.d.) et l'ISPA (2005) s'accordent pour conseiller aux parents :

- De ne pas acheter de boissons alcoolisées à leurs adolescent-e-s et de ne pas leur demander d'en acheter pour eux,
- D'assumer le rôle de modèle en ayant une consommation modérée afin de montrer la bonne attitude à adopter,
- D'accorder de la liberté tout en fixant des limites et des règles claires dans le respect de la législation,
- D'exprimer leurs craintes et leur désapprobation quant à une consommation de leurs enfants,
- De parler des risques en apportant des informations précises en lien avec l'alcoolisation.

La FEGPA (s.d), affirme qu'il n'y a pas d'âge défini pour aborder le sujet de l'alcool. Cependant, cela peut être délicat pour un parent car selon Taborda-Simões (2005), des tensions en lien avec le besoin d'indépendance vis-à-vis des parents sont inévitables à l'adolescence. Addiction Suisse (2012), affirme qu'une bonne relation est centrale pour ouvrir la discussion. Les auteur-e-s encouragent les parents à prendre le temps d'échanger et à se montrer disponibles pour écouter et aborder les problématiques

rencontrées par leurs enfants. Addiction Suisse (2012) souligne de surcroît l'importance pour les parents de rechercher le dialogue. L'ISPA (2005) et FEGPA (s.d.) précisent que l'accompagnement vers une consommation responsable est plus bénéfique qu'une interdiction formelle ou une trop grande permissivité. L'ISPA (2005) parle même d'apprentissage à une consommation prudente. Selon la FEGPA (s.d.), il n'est ni réaliste pour un parent d'imaginer que son enfant ne touchera jamais à l'alcool, ni conseillé de banaliser les ivresses. Addiction Suisse (2012) et l'ISPA (2005), mettent en évidence l'importance de responsabiliser les adolescent-e-s quant à leur consommation. Pour la FEGPA (s.d), les parents sont la plupart du temps les personnes qui connaissent le mieux leurs enfants. Ils sont, de ce fait, les mieux placés pour insister sur les risques qui semblent les menacer. Cette même fédération affirme que pour les parents, préciser les attentes et définir ce qu'ils considèrent comme acceptable, peut être une piste intéressante. Cela permet de fixer des limites et d'orienter l'adolescent-e vers un comportement plus responsable. Elle conseille aussi aux parents de trouver avec leur enfant des solutions pour rentrer chez eux de manière sécurisée. Ainsi la FEGPA (s.d.) propose aux parents de définir une heure de retour à domicile en fonction de l'âge de l'adolescent-e et de choisir un moyen de transport sans danger. Les mêmes auteur-e-s affirment que « Le mot d'ordre est de ne jamais rentrer avec un véhicule dont le conducteur a trop bu. Mieux vaut alors dormir sur place (si c'est possible), partager un taxi avec des amis ou appeler ses parents. » (FEGPA, s.d., p.11). Toujours selon les mêmes auteur-e-s, une discussion claire sur l'alcool montrera au/à la jeune que ses parents lui accordent leur confiance en estimant qu'il/elle est capable de se montrer responsable de sa santé et de ses actions. Son rôle est désormais de se montrer digne de cette confiance. Addiction Suisse (2012) et L'ISPA (2005) soulignent également l'importance de solliciter de l'aide de professionnels si la situation semble trop difficile.

La question du rôle de modèle des parents revient régulièrement dans les différentes sources : « Certains parents se sentent mal à l'aise pour poser des limites à leurs ados concernant une substance qu'ils ont eux-mêmes du mal à gérer » (FEGPA, s.d., p.12). La fédération explique en effet que la position du parent peut être délicate car les enfants sont alertes sur les discordances entre le discours parental et le comportement de ce dernier. D'autant plus que les adolescent-e-s sont souvent très critiques face à leurs parents. Selon la FEGPA (s.d.), il est également important pour l'adulte de faire comprendre au/à la jeune que les règles ne sont pas les mêmes pour chacun-e d'eux/d'elle et que les conséquences de l'alcoolisation sont également

différentes. Cependant, cette même institution recommande à l'adulte d'élaborer une réflexion sur sa propre consommation afin d'aborder sincèrement ses difficultés et de transmettre à l'enfant son besoin de le/la protéger. Addiction Suisse (2012) mentionne qu'être un parent consommateur n'empêche pas d'instaurer des règles et des limites précises à son adolescent-e.

Dans cette optique, la prévention de l'alcoolisation ne relève pas uniquement du rôle des parents mais aussi de l'enseignement et de l'école en générale. L'ISPA (2005), éclaire le rôle des enseignant-e-s en termes de prévention auprès des adolescent-e-s. Les parents et les professeur-e-s ont tous deux un rôle préventif et éducatif à jouer. Certaines interventions effectuées par ces acteur-trice-s sont donc communes. L'ISPA (2005) et Addiction Suisse (2012), décrivent l'importance d'aborder les dangers de l'alcool et de rappeler la loi quand ils pensent qu'un-e enfant consomme. D'autre part, la question de la pression sociale des pairs, notamment dans le contexte d'une fête alcoolisée, est centrale. Addiction Suisse (2012) précise qu'il est essentiel de rappeler que même si la pression est grande, l'adolescent-e est tout à fait en droit de refuser l'alcool sans pour autant prendre le risque d'être exclu de son groupe d'amis.

1.3.2. Groupe de pairs

D'après l'ISPA (2005), « Avec l'âge, le groupe de pairs prend une importance grandissante, influençant fortement les manières de boire des adolescents. On observe alors une tendance préoccupante à boire entre eux pour s'enivrer. » (p.2)

Selon Arcand & al. (2008), le groupe de pairs constitue un cadre important d'initiation à la consommation d'alcool. En effet, le/la jeune est influencée par le groupe auquel il/elle appartient. D'ailleurs, selon Addiction Suisse (2012), l'argument social est le premier qui apparaît quand on aborde les motifs d'alcoolisation. L'alcool est un moyen d'intégration, ils/elles se sentiraient plus détendus et sûrs. D'après cette même source « boire avec le groupe est une manière d'être reconnu et de s'intégrer. Résister à la pression du groupe n'est pas facile » (Addiction Suisse, 2012, p. 2). Les conduites à risques « sont réinterprétées par les garçons comme des manières de se souder entre eux, de marquer ce temps mémorable par des récits d'exploits qui les fédèrent, les mettent au monde en dehors des repères de l'enfance et de la famille » (Solière, 2013, s.p.). Selon Arcand & al. (2008), ce même groupe renforcera sa consommation et l'encouragera dans ses

prises de risques. Cela pourra amener, plus tard, l'adolescent-e à rechercher des groupes semblables.

Cependant, selon Solière (2013), le groupe peut également constituer une base sécuritaire et rassurante durant les transformations induites par l'adolescence. En particulier s'il/elle est parvenu à nouer une relation suffisamment intime avec eux. Le groupe peut signaler qu'il juge sa consommation excessive. D'autre part, il peut aussi limiter les conséquences en lien avec l'alcoolisation en dissuadant un des leurs de mettre fin à ses études par exemple. On peut également supposer que si le/la jeune consomme avec des pairs, ceux-ci peuvent être présents, intervenir, signaler et soutenir.

1.3.3. Facteurs personnels

Outre l'influence qu'exercent la famille, les parents et le groupe de pairs sur le/la jeune, certains facteurs lui sont intrinsèques et contribuent à exacerber le risque de consommer excessivement. Ces facteurs sont en lien avec l'environnement socio-éducatif dans lequel il/elle évolue et avec la période de transition qu'il/elle traverse. Arcand & al. (2008), mentionnent comme facteurs : les maladies physiques et psychiques, la tendance à la prise de risques, l'isolement social, la pauvreté des relations, le décrochage scolaire, la recherche de son identité sexuelle et la sensation d'être incapable de surmonter les situations vécues comme difficiles. Arcand & al. (2008) affirment que :

« La majorité des enfants et des adolescents va bénéficier des conditions nécessaires à un développement harmonieux. Toutefois, à chacun des stades de leur évolution, tous les jeunes vont être confrontés à une multitude de choix et de pressions extérieures pouvant influencer leur développement, leur santé, leur bien-être, leur réussite éducative et leur épanouissement personnel (p.27).»

Toutefois, les adolescent-e-s ont aussi des forces et des capacités qui peuvent constituer des ressources considérables pour les protéger de la consommation problématique.

Arcand & al. (2008) mentionnent par exemple, plusieurs facteurs qui interviennent dans l'adaptation personnelle, la capacité à faire face aux situations et l'hygiène de vie. Nous pouvons y inclure des éléments tels que la volonté de chercher de l'aide, la tolérance à la frustration, le sens de l'humour, la maîtrise, la bonne estime de soi et la manière

d'envisager l'avenir positivement. Un sommeil réparateur, un régime alimentaire varié, équilibré et une activité physique régulière sont également mentionnés.

Finalement, ces mêmes auteur-e-s évoquent l'aspect affectif et socio-éducatif comme déterminant pour la santé et le bien-être des jeunes. Ils abordent les éléments qui sont des facteurs protecteurs primordiaux participant au bien-être affectif de l'individu : le soutien satisfaisant venant de sa famille et de ses amis, le sentiment de faire partie d'un groupe, une grande variété de relations et d'activités partagée avec autrui ainsi qu'un climat scolaire épanouissant.

1.4. Aspect légal

En Suisse, selon l'art.41 de la Loi fédérale sur l'alcool du 21 juin 1932 (LAlc ; RS 680), il est interdit de remettre de l'alcool fort aux enfants et adolescent-e-s de moins de 18 ans. La bière, le vin et le cidre font exception à cette règle. La loi spécifie, en effet, que ces trois boissons peuvent être vendues aux mineurs à partir de l'âge de 16 ans. Cette spécificité permet donc, avant la majorité, une consommation d'alcool sans sortir du cadre légal.

Au-delà des questions d'âge, la LAlc s'efforce de protéger la population par le biais d'autres mesures. Dans l'art. 42b, notamment, il est mentionné que toutes les publicités concernant des boissons alcoolisées hormis la bière et le vin sont interdites. D'autre part, selon l'art. 11 de la Loi genevoise sur la vente à l'emporter des boissons alcooliques (LVEBA ; I 2 24) du 22 janvier 2004 la vente d'alcool à l'emporter est interdite entre 21 heures et 7 heures du matin.

Malgré ces mesures, l'alcoolisation chez les adolescent-e-s est un phénomène qui échappe à une partie de ces législations. En effet, la consommation d'alcool adolescente a lieu, le plus souvent, au parc, à la maison ou dans la rue. Autrement dit, dans un environnement non surveillé, à l'inverse des structures comme les bars ou restaurants soumis à des réglementations. L'interdiction de vendre ou de remettre de l'alcool fort ou de la bière aux mineurs est néanmoins facilement contournable. Selon Stop-alcool (2021), il est facile, voire très facile, pour plus de 80% des jeunes de 15 ans d'en trouver. Delgrande Jordan et al. (2018) ajoutent qu'ils/elles demandent à un tiers d'acheter pour eux/elles ou vont dans des magasins qui ne contrôlent pas l'âge. D'autre

part, même les restrictions publicitaires ne sont pas pleinement efficaces. Comme le mentionne l'ISPA (2005), les marques utilisent des outils marketing¹ autres que la publicité, à proprement dit, pour séduire une jeune clientèle. Nous avons été étonnés, par exemple, de trouver un ensemble de jeux à boire au rayon des jouets pour enfants d'un grand magasin genevois en juillet 2021. Les mesures mises en place par la confédération semblent contenir des failles et ne pas être aussi efficaces que souhaité. Et comme l'évoque le Groupement Romand d'Études des Addictions [GREAA] (2018), des législations plus restrictives comme celles du canton de Vaud restent insuffisantes. Pour autant, l'ISPA (2005) et Addiction Suisse (2012) mettent en évidence que cette législation permet aux parents d'avoir des bornes de référence pour encadrer la consommation de leurs enfants.

1.5. Médias, marketing et culture

Le rapport à l'alcool de chacun-e est différent selon les pays. Cela dépend certes des législations, mais aussi des politiques de promotion et de prévention de la santé en vigueur. Comme décrit précédemment, les jeunes traversent une période de vulnérabilité qui les amènent à vouloir se rapprocher de la norme véhiculée par leurs pairs en s'éloignant de l'enfance pour correspondre à un standard plus adulte. Ils sont donc influençables et veulent se conformer aux codes véhiculés par la société notamment en matière de consommation d'alcool. Arcand & al. (2008) notent que ces codes peuvent constituer des facteurs favorisant la consommation d'alcool en particulier chez les populations les plus influençables. L'OMS (2021) ajoute que « L'expression comportementale d'un niveau d'intoxication donné dépend fortement des attentes culturelles et personnelles concernant les effets de la substance en cause. » (s.p.).

Comme dit précédemment, la publicité sur les boissons alcoolisées en Suisse est strictement interdite. Ce n'est pas forcément le cas chez nos voisins français, allemands ou italiens (Assemblée Nationale, 2004). Selon McClure & al. (2016), les médias, le marketing, les magazines, les panneaux d'affichages et les publicités sur internet influencent la façon dont les jeunes perçoivent l'alcool. En effet, ceux-ci incitent l'adolescent-e à expérimenter cette substance ou, pour les jeunes qui sont déjà

¹ Ces outils seront mentionnés dans une autre partie du travail.

consommateurs, cherchent à renforcer leur comportement, voire à l'aggraver. On peut facilement imaginer que la Suisse est aussi touchée par la communication autour de l'alcool que les pays frontaliers. De plus, comme évoqué précédemment, malgré la législation en vigueur en Suisse, les marques ne manquent pas de créativité pour séduire un public de plus en plus jeune. L'alcool et le marketing font partie intégrante de la société et rendent d'autant plus difficile l'apprentissage d'une gestion raisonnable de la consommation. Il/elle doit composer avec les incitations permanentes à s'alcooliser et les messages contradictoires des différentes autorités.

1.6. Pourquoi les jeunes consomment-ils ?

Les raisons qui poussent les adolescent-e-s à consommer sont en lien avec les facteurs socio-éducatifs présentés plus haut². Pourtant, certains jeunes auraient parfois recours à l'alcool pour surmonter les problèmes rencontrés à l'école, dans la famille ou dans les relations. Ces motifs nous semblent plus préoccupants et constituent un facteur de gravité demandant un suivi plus approfondi.

1.7. Comment les jeunes consomment-ils ?

La consommation d'alcool et les règles qui la régissent évoluent en fonction de l'âge du consommateur. Ceci ne fait pas exception chez les adolescent-e-s. D'après Haller & al. (2014), « Chez les jeunes adultes, les épisodes de *binge drinking* font désormais partie de la norme » (p.1602). Cette pratique est définie par le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2020) comme une consommation massive d'alcool durant une période définie et ayant pour but recherché de s'enivrer rapidement. Selon Delgrande Jordan & al. (2018) environ 25% des adolescent-e-s âgés de 15 ans et 15% des adolescent-e-s âgés de 14 ans s'y adonnent au moins une fois par mois. Outre la manière de consommer qui est caractéristique de cette tranche d'âge, le type d'alcool consommé l'est tout autant. Selon le site de Stop-alcool (2021) les garçons de 15 ans

² Faire partie du groupe, pour qu'une fête soit réussie, pour se rapprocher du monde des adultes, etc.

ont un attrait marqué pour la bière, tandis que les filles du même âge dirigent leurs choix sur des alcopops.

Selon l'ISPA (2005), les alcopops sont des boissons pré-conditionnées alcoolisées. Caractérisées par leur saveur sucrée, les alcopops n'ont pas un goût d'alcool dominant contrairement à la bière mais leur teneur en alcool est bien présente, pouvant aller de 5 à 6%. Mélanges à base de boissons sucrées et d'alcools forts, ces boissons visent par leur marketing ciblé, un public jeune. Celui-ci les qualifie de « fun », « fresh », « cool » et s'adapte à l'évolution des tendances. Les alcopops attirent par leurs saveurs variées, toujours sucrées et par leurs couleurs vives. D'autre part, selon la Confédération suisse (2009), 61 % des jeunes de 16 à 19 ans affirment qu'ils/elles réalisent fréquemment eux/elles-mêmes leurs mélanges d'alcool et de boissons sucrées.

Ces boissons ne sont pourtant pas sans conséquences. Selon l'ISPA (2005) « les alcopops favorisent une consommation précoce » (s.p.). De plus, comme mentionné précédemment, les adolescent-e-s ont tendance à en boire davantage en raison du goût très sucré qui fait oublier le pourcentage d'alcool, pouvant être assez élevé. En outre, le gaz carbonique et le sucre contenus dans ces mélanges augmentent la vitesse de passage de l'alcool dans le sang et donc accélèrent l'ivresse.

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

2.1. L'alcoolisation des adolescent-e-s, une préoccupation fédérale et cantonale

Outre les législations, la promotion et la prévention de la santé sont des aspects fondamentaux à mettre en place pour aider les jeunes. La Fondation Vaudoise contre l'Alcoolisme [FVA] (s.d.) met en exergue que « La consommation d'alcool des adolescents et des jeunes adultes est l'un des problèmes de santé publique les plus importants et les plus coûteux au plan mondial. » (s.p.). Cette citation est corroborée par les recommandations de la Deuxième Conférence Internationale sur la Promotion de la Santé (1988). Celles-ci font de l'alcool une priorité d'action. Le GREA (2018) soutient

également que « La prévention est l'un des quatre piliers qui composent la politique drogue de la Suisse. » (s.p.). Selon l'OMS (1986) « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer » (p.1). De plus, le GREA (2018) souligne que malgré son importance, l'information seule est clairement insuffisante pour sensibiliser à cette problématique.

Les interventions de prévention peuvent aborder des thématiques très larges. Le projet Gouvernail est un exemple de programme mis en place en Suisse par les institutions à caractère éducatif et par la Confédération Helvétique. Selon Addiction Suisse (s.d.a), ce projet vise à sensibiliser les jeunes³ romands, les professionnels et les institutions. Il explore quatre grands axes ayant un lien particulier avec les thématiques de conduites à risques et d'addiction.

Cependant, la prévention centrée sur un sujet spécifique est parfois plus utile. Il existe des actions ciblant l'alcoolisation chez les adolescent-e-s. Par exemple, plusieurs programmes sont en vigueur dans les écoles suisses. Selon GREA (2018), on y trouve notamment le partenariat avec RADIX ou Addiction Suisse. Ceux-ci implantent en Suisse le programme *Prev@work*. D'origine allemande, ce dernier « propose également des méthodes pour ouvrir le dialogue et intervenir en amont avec des jeunes dont le comportement inquiète les collègues » (GREA, 2018, s.p.). Nonobstant, chaque canton fait appel, de son côté, aux acteurs cantonaux du domaine de la prévention pour intervenir dans les écoles. Le GREA (2018) mentionne par exemple les collaborations suivantes : REPER - Fribourg, Croix-Bleue - Genève, FVA - Vaud, Promotion Santé Valais - Valais, Addiction Jura - Jura.

2.2. Conséquences à long terme de l'alcoolisation chez les adolescent-e-s

Chez les enfants et les adolescent-e-s, les risques sont encore plus importants. Selon Sigman (2013), l'exposition des tissus et cellules par l'alcool peut les endommager avant qu'ils ne soient pleinement développés. Le cerveau ne fait pas exception à la règle. Celui-ci évolue jusqu'aux alentours de 25 ans. L'alcool, même en petites quantités, peut

³ Adolescent-e-s et jeunes adultes.

avoir des effets durablement néfastes sur sa maturation. L'auteur nous signifie également que les modifications du cerveau affectent directement l'intelligence, la personnalité, la santé mentale et physique des consommateur-trice-s. De plus, toujours selon Sigman (2013), une forte consommation d'alcool à l'adolescence réduit le contrôle de l'impulsivité. Cette réduction favorise, alors, une nouvelle consommation excessive et augmente, de ce fait, le niveau de prise de risques. Cela est applicable non seulement au moment où le/la jeune boit, mais aussi pour son avenir proche et lointain. L'auteur souligne également que la consommation d'alcool influence l'usage nocif d'autres substances psychotropes comme le cannabis, l'héroïne, la cocaïne ou les médicaments. Pour autant, l'auteur ajoute que la diminution de la consommation excessive d'alcool à l'adolescence peut réduire l'impulsivité en prévenant les dommages aux zones cruciales du cerveau.

Au-delà de ses conséquences physiologiques, l'alcool impacte directement les aspects sociaux de l'adolescent-e. Selon Arcand & al. (2008), les risques liés à l'alcool sont entre autres : de la violence contre soi et les autres, des comportements sexuels à risques et une conduite dangereuse sur la route. L'OMS (2021) ajoute que l'alcool peut entraîner des syndromes de dépendance et des troubles psychotiques. D'après Haller & al. (2014), les alcoolisations répétées peuvent conduire à une baisse de résultats et de la fréquentation scolaires. Les auteur-e-s ajoutent que la consommation accrue augmente le risque de rencontrer des difficultés psychosociales ou des problèmes de dépendance une fois adulte.

2.3. Aspects biologiques, symptômes et complications de l'IAA

Le terme d'intoxication alcoolique aiguë (IAA) est composé de trois notions qu'il est important de définir. Selon l'OMS (2021) « L'intoxication est un état consécutif à la prise d'une substance psychoactive et entraînant des perturbations de la conscience, des facultés cognitives, de la perception, du jugement, de l'affect ou du comportement, ou d'autres fonctions et réponses psychophysiologiques » (s.p.). Toujours d'après l'OMS (2021) l'intoxication dépend fortement du type de substances, de la dose consommée et du niveau de tolérance de la personne. De plus, le type de consommation est

fréquemment adapté pour atteindre un niveau d'intoxication souhaité. À cette définition, l'institution ajoute un critère important qui est celui de l'effet transitoire.

L'intoxication à l'alcool fait, toujours selon l'OMS (2021), référence à ce qui, dans le langage courant, est appelé l'ivresse. Celle-ci s'accompagne de signes comme une démarche titubante, un état d'euphorie ou de tristesse, un temps de réaction allongé ou encore une insensibilité.

Finalement l'intoxication aiguë est définie dans la CIM-10 comme « une intoxication revêtant une importance clinique » (OMS, 2021, s.p.).

Dans ce travail, nous avons donc défini l'IAA de la manière suivante : une diminution importante des capacités d'une personne, à la suite d'une consommation d'alcool. Celle-ci conduit à un état nécessitant des soins et / ou une surveillance.

Le tableau clinique d'une IAA est très large et peut, selon Wolter & Della Santa (2013) varier entre un simple état d'ébriété avancé, un état d'agitation, voire un coma. En plus des effets neurologiques, les auteur-e-s mentionnent l'impact de l'éthanol sur le système digestif, respiratoire ou cardiovasculaire. Il peut ainsi entraîner des vomissements, des diarrhées, des dysmotilités gastriques, une diminution de la sensibilité des voies aériennes, de la clairance ciliaire⁴ ou encore une hypotension artérielle, une vasodilatation périphérique et des troubles du rythme.

Ces différences de symptomatologie sont entre autres liées à l'éthanolémie de la personne. En lisant l'article de Wolter & Della Santa (2013), nous constatons qu'entre 1,5 et 2,5 g/l, la personne sera léthargique, rencontrera des difficultés à rester debout seule, des problèmes de mémoire ainsi que des vomissements. À partir de 3g/l, la personne sera atteinte d'amnésie et même de coma. Finalement, en dépassant 4g/l, la personne risque l'arrêt / dépression respiratoire pouvant entraîner un décès.

Cependant l'OMS (2021) précise que la guérison des symptômes d'une IAA est normalement complète, sauf lorsqu'elle entraîne des complications avec des lésions organiques. Cette organisation et Wolter & Della Santa (2013) relèvent des complications telles que l'hypothermie, les traumatismes, les fausses routes par inhalation de vomi, la pneumonie d'aspiration, les convulsions ou encore la fibrillation auriculaire.

⁴ Diminution des réflexes de toux.

D'après Drouot (2018), un-e adolescent-e en IAA est exposé-e aux mêmes complications qu'un-e adulte. Cependant chez les jeunes, celles-ci arrivent plus vite et sont souvent plus graves, « notamment à la survenue brutale d'un coma, au risque plus fréquent d'acidose métabolique et d'hypoglycémie » (Drouot, 2018, p.51). Addiction Suisse (2012) part du postulat que cela est dû, entre autres, au poids plus faible et à l'élimination de l'alcool plus difficile par un foie n'ayant pas encore atteint sa pleine maturité.

2.4. Le rôle infirmier dans un service d'urgences

2.4.1. *Prise en soins somatique*

Il arrive fréquemment que les jeunes en état d'IAA soient conduits dans les services d'urgences. La prise en soins qu'ils/elles reçoivent se fait alors en deux temps. Dans un premier temps, celle-ci sera orientée sur des soins somatiques afin de stabiliser l'état du/de la patient-e. Puis dans un second temps, c'est-à-dire le lendemain, elle se concentrera davantage sur l'aspect psycho-social et systémique.

Les algorithmes, revues de bonnes pratiques et autres articles traitant de la prise en soins d'urgence de patient-e-s en IAA, n'évoquent que peu les adolescent-e-s. Il semble ressortir, de nos différentes recherches, que la prise en soins somatiques d'une IAA est identique chez les adolescent-e-s et les adultes. En effet, pour les adolescent-e-s ayant dépassé le poids de 50 kg, il n'est plus forcément nécessaire d'adapter la posologie. Les prises en soins se distinguent, principalement, par l'approche infirmière et les entretiens.

Selon les Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG] (2021b), quand un-e adolescent-e arrive dans le service des urgences, il/elle est reçu par un-e infirmier-ère spécialisé-e et un-e médecin chef-fe de clinique du service pédiatrique. La première étape de la prise en soins infirmière doit être réalisée de manière rigoureuse car l'anamnèse est déterminante pour la suite. Le diagnostic d'IAA est, selon Wolter & Della Santa (2013), un diagnostic fait par exclusion. Les informations étant parfois difficiles à recueillir auprès des patient-e-s eux/elles-mêmes, les auteur-e-s soulignent l'importance

de la collaboration avec les proches, les ambulancier-ère-s ou les policier-ère-s. L'idéal est d'avoir, bien évidemment, connaissance des antécédents médicaux du/de la patient-e, mais aussi de la quantité et du type de boissons consommées. Il est également préférable d'avoir connaissance de possibles traumatismes ou symptômes associés à la baisse le l'état de conscience.

En parallèle de cette recherche de données, les soignant-e-s procèdent rapidement à la prise en soins somatique du/de la patient-e.

Celle-ci débute notamment par le contrôle initial des signes vitaux⁵, d'une glycémie capillaire et de l'état de conscience. Les examens cliniques⁶ aussi complets que possible seront ensuite effectués. Ils permettent de chercher les diagnostics différentiels de l'IAA, d'identifier les complications et d'exclure le risque de traumatisme. Pour le Centre Hospitalier Sud Essonne (2011) et Drouot (2018), l'examen clinique neurologique doit être effectué avec une attention particulière.

Comme le soulignent Wolter & Della Santa (2013), il est primordial d'équiper au plus vite le/la patient-e d'un ou plusieurs accès veineux. Cette voie est particulièrement importante si le/la patient-e présente une hypoglycémie ou une déshydratation. D'après Drouot (2018), une perfusion de glucose 10% doit être posée sur 24 h, notamment chez les jeunes patient-e-s. Les instructions suivantes sont proposées :

- « 100 mL/kg pour les 10 premiers kg,
- puis 50 mL/kg pour les 10 kg suivants,
- puis 20 mL/kg pour les kg suivants,
- et en présence d'une hypoglycémie : 0.5g/kg en injection intraveineuse directe » (p.52).

Une prise de sang peut être effectuée. Celle-ci, selon le Centre Hospitalier Sud Essonne (2011), n'est pas obligatoire et dépend du contexte et des examens cliniques réalisés. Elle permet, selon Drouot (2018) et le Centre Hospitalier Sud Essonne (2011), d'évaluer au besoin:

- L'éthanolémie pour objectiver l'IAA,

⁵ Tension artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, saturation, température.

⁶ Systèmes cardiovasculaire, pulmonaire, digestif et neurologique mais aussi sur les systèmes musculo-squelettique et tégumentaire.

- L'ionogramme sanguin pour évaluer l'état de déshydratation et les troubles ioniques,
- La formule sanguine pour objectiver la présence d'une hyperleucocytose liée à une pneumopathie d'inhalation.
- La CRP pour objectiver une complication infectieuse.

Outre la prise de sang, d'autres examens complémentaires peuvent être effectués. Le Centre Hospitalier Sud Essonne (2011) mentionne par exemple une analyse d'urine pour rechercher les toxiques tels que le cannabis, les opiacés ou la cocaïne. Drouot (2018) propose un électrocardiogramme en cas d'anomalie lors de l'examen clinique. Selon Drouot (2018), le Centre Hospitalier Sud Essonne (2011) et Wolter & Della Santa (2013), proposent d'effectuer des examens radiologiques si une suspicion, même ténue, de traumatisme existe. Ces examens recherchent notamment à détecter des lésions osseuses, articulaires ou viscérales. De surcroît, un scanner cérébral peut être indiqué si des signes évoquent un traumatisme crânien.

Une fois la phase dite « aiguë » de la prise en soins passée, l'aspect somatique consiste principalement en une surveillance d'état du/de la patient-e. À ce moment et dès que l'état du/de la patient-e le permet, les entretiens commencent à être au cœur du rôle infirmier.

2.4.2. *Entretiens infirmiers avec le/la jeune patient-e*

Une intoxication alcoolique aiguë n'est jamais anodine, surtout à l'adolescence. Comme indiqué plus haut, les conséquences d'une IAA peuvent être délétères à long terme sur la santé du/de la jeune. De plus, comme dit par Addiction Suisse (s.d.a), cette maîtrise vise à donner aux patient-e-s des capacités, compétences primordiales dans un contexte d'addiction car elles renforcent les facteurs protecteurs.

Dans le contexte qui nous occupe, l'adolescent-e se retrouve dans un service d'urgences après une intoxication alcoolique aiguë. Le problème est déjà survenu. Le but de nos interventions et de nos entretiens avec lui/elle ne sera donc plus d'empêcher l'apparition de la maladie. Cette démarche de prévention secondaire relève du rôle d'expert en soins infirmiers, de manager et de promoteur de santé. Comme le met en avant l'OMS (1999), le but est de retarder l'évolution du trouble et de réduire les risques de récurrence et de chronicisation. La recherche de ce but se fait par le biais de dépistages aussi précoces que possible et de soins appropriés au/à la patient-e.

Comme nous pouvons le voir dans la brochure de Bornand & al. (2015), les adolescent-e-s n'ont pas forcément conscience que leur jeune âge les rendent vulnérables à l'alcool. Le travail sur les déterminants de la santé⁷ et facteurs modifiables « liés aux actions des individus, tels que les comportements en matière de santé et les modes de vie » (OMS, 1999, p.7) est donc un enjeu important de cette prise de conscience.

Selon HUG (2021a), le partenariat de soins est un outil basé sur la mise en confiance, le dialogue, le respect de chacun-e, la considération de l'autre et les décisions partagées. Celui-ci accompagne « un changement du mode relationnel en facteur d'une collaboration accrue entre les patient-e-s, leurs aidants et les professionnels » (HUG, 2021a, s.p). Les aidant-e-s dans notre situation sont les parents ou les tuteurs de l'adolescent-e. Le/La patient-e, l'aidant-e et le/la soignant-e sont ainsi reconnus pour leur expertise du savoir, des compétences et du vécu mutuel. Les décisions sont prises en collaboration et le travail est effectué de la même manière. Le/La patient-e partenaire améliorerait la qualité de sa prise en soins et de son séjour. Dans notre situation (celle de l'approche de l'adolescent-e), cette vision est primordiale. En effet, au stade de développement où se situe l'adolescent-e, il est fondamental de l'accompagner dans un processus de responsabilisation. Il faut aussi lui rappeler, qu'en tant que futur adulte, il/elle a en lui/elle les capacités nécessaires pour prendre lui/elle-même les décisions adéquates. Cependant, n'oublions pas que l'adolescent-e est au début du processus de responsabilisation. L'infirmier-ère doit en tenir compte dans son approche et assurer un cadre sécurisant et structurant.

Avant de débiter les entretiens avec les différents professionnel-le-s de santé, il est nécessaire que le/la jeune remplisse un questionnaire standardisé servant à évaluer sa consommation. Cet outil permettra, lors des entretiens, d'alimenter le dialogue. Il nécessite d'appliquer le rôle infirmier de manager et de l'utiliser avec un esprit critique. Il existe plusieurs questionnaires. Pour notre travail, nous avons décidé de ne mentionner que l'*AUDIT*⁸ et l'*AUDIT-C*⁹. Ces deux questionnaires apparaissant dans la plupart de nos articles de recherche. Le premier est composé de dix questions qui évaluent la fréquence de consommation d'alcool, la quantité et la capacité à modérer sa consommation. Le questionnaire s'intéresse aussi à la fréquence des conséquences

⁷ Facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux.

⁸ Annexe n°1

⁹ Annexe n°2

liées à la consommation, comme la culpabilité, les trous de mémoire ou les blessures. L'*AUDIT-C* est, quant à lui, la version condensée de l'*AUDIT*. Il ne comporte que trois questions sur la fréquence de consommation d'alcool et les quantités. Selon les résultats obtenus, les tests peuvent mettre en lumière un risque de mésusage ou de dépendance à l'alcool. Nous développerons cet aspect plus tard dans le travail.

L'intervention infirmière la plus adaptée dans le contexte d'un entretien après une IAA semble être l'entretien motivationnel [EM]. En effet, selon Berthiaume & Fortier (2012), ce type d'entretien a été développé à l'origine pour le traitement des dépendances. Plusieurs articles de littérature ont également choisi d'utiliser l'EM dans le cadre d'une prévention secondaire suite à une IAA chez les adolescent-e-s, aux urgences. Cependant, selon l'Association Francophone des Entretiens Motivationnels [AFDEM] (2018), l'EM est un processus continu qui nécessite de fixer et de réajuster les objectifs au fil de la prise en soins. Or dans un service d'urgences, l'infirmier-ère ne voit le/la jeune qu'une seule fois. Il/Elle n'aura donc pas de suivi à long terme avec lui/elle. L'infirmier-ère est garant-e de la transmission des informations. L'AFDEM (2018), notifie que cette intervention est adaptée aux personnes s'orientant vers une modification de comportement. Le changement est un processus complexe avec des avancées et des retours en arrière, auxquels l'infirmier-ère doit s'adapter pour être au plus proche des besoins de l'adolescent-e. La motivation, qui est du rôle infirmier de promoteur de santé, est le cœur et le moteur de l'EM. Berthiaume & Fortier (2012) ajoutent que le fait de se sentir prêt-e est un point capital dans le processus de changement. Sans réelle prise de conscience de la part de la jeune personne, la motivation à amorcer un changement dans son comportement est absente. La pertinence de l'entretien motivationnel est donc caduque. L'AFDEM (2018) décrit les quatre processus de l'entretien motivationnel : l'engagement dans la relation, la focalisation, l'évocation et la planification.

L'engagement dans la relation est crucial. Il permet la mise en place d'une alliance thérapeutique basée sur « l'établissement d'une relation fondée sur la confiance mutuelle et une aide respectueuse » (AFDEM, 2018, s.p). Cela rejoint le rôle infirmier de communicateur. L'association propose d'adopter une approche non-directive qui laisse « la direction de l'accompagnement au libre arbitre du client » (AFDEM, 2018, s.p.). Nous pensons que ce type d'approche peut être adapté à la population adolescente en quête d'autonomie et de responsabilité. Cette même association propose plusieurs pistes de réflexion pour favoriser la relation de confiance. Nous les avons adaptées à notre situation. Certaines questions semblent pouvoir ouvrir la discussion :

- Qu'est ce qui est important pour vous durant cet entretien ?
- Comment vous sentez-vous dans ce contexte ?
- L'entretien répond-il à vos besoins et vos attentes ?

Il nous a également semblé crucial, dans notre rôle de soignant-e, de valider la souffrance de l'adolescent-e. Les diverses transitions qu'il/elle est en train de vivre lui donne, d'après Bornand & al. (2015), l'impression d'être incompris-e et seul-e face à ses problèmes. Il nous paraît, alors, important de reconnaître la complexité de cette phase de grand changement et d'ambivalence.

Selon AFDEM (2018), la focalisation sur les objectifs de l'entretien s'obtient en s'accordant avec le/la jeune mineur-e sur la direction que doit prendre la discussion. Cependant, l'infirmier-ère est garant de son bon déroulement. L'adolescent-e doit repartir en ayant pu exprimer ce qui est important pour lui/elle et en ayant pu entendre les informations le/la concernant. Le sujet de son alcoolisation doit être abordé avant son retour à domicile. Pour ce faire, il peut être intéressant de partir de ses connaissances sur l'alcool et sur les risques pour sa santé. Il faut les compléter en partant de ce qu'il/elle sait, explorer la représentation de l'événement qu'il/elle vient de vivre et l'aider à le nommer. Nous devons explorer les raisons de son alcoolisation, savoir s'il/elle a déjà vécu un événement similaire auparavant et revenir, si nécessaire, sur son questionnaire *AUDIT/ AUDIT-C*. Comme dit précédemment, l'adolescent-e ne réalise pas toujours l'impact que ses actes ont sur sa santé. Il/Elle peut banaliser sa consommation excessive et en oublier les risques ou impacts potentiels. Certaines citations présentées par Bornand & al. (2015) illustrent cela : « Je suis sous une bonne étoile, il ne peut rien m'arriver. » (p.8), « C'est n'importe quoi, je n'ai pas de problème. » (p.7), « Je gère. J'ai pas besoin d'aide. » (p.4), « J'élimine car je fais du sport. » (p.15). Face à la banalisation, il semble important de rappeler la gravité de l'événement qu'il/elle vient de vivre. L'objectif reste d'informer factuellement sur les risques afin de prévenir une potentielle récurrence sans pour autant adopter un discours moralisateur mais en restant bienveillant-e et dans la compréhension de son vécu.

L'AFDEM (2018), notifie que l'évocation est la démarche, à travers laquelle l'infirmier-ère cherche à amener son interlocuteur-trice à réfléchir à sa consommation. Ainsi, il/elle sollicite et encourage un discours de changement et de mobilisation. Il/Elle incite, par cette démarche, l'individu à exprimer ses désirs et ses capacités. Ce discours est alors au cœur même de l'approche motivationnelle et se base sur les ressources du/de la patient-e. D'autre part, l'adolescent-e évolue au sein d'un environnement qu'il semble

pertinent d'explorer pour mieux le/la comprendre. L'infirmier-ère peut donc s'intéresser aux rapports avec sa famille, ses amis et son milieu scolaire. Il/Elle explore ses projets, sa façon d'appréhender l'avenir, ainsi que les autres éléments qui composent sa vie et ses préoccupations. Cela implique de « savoir explorer avec lui/elle [l'adolescent-e] ses propres valeurs et désirs, par les questions ouvertes, les reflets, la valorisation et les résumés notamment » (AFDEM, 2018, s.d.). L'environnement dans lequel il/elle évolue, peut constituer une ressource ou au contraire un facteur aggravant qu'il semble important de notifier. De plus, il est important de prendre en considération l'état psychologique du/de la jeune patient-e et ses éventuels handicaps. Cette situation répond au rôle d'expert car il implique un aspect réflexif à nos pratiques.

Finalement, la planification est « une phase qui peut débuter lorsque le discours-changement de la personne bascule dans un mode de mobilisation » (L'AFDEM, 2018, s.p.). Dans le contexte qui nous occupe, nous questionnons le/la jeune sur la manière dont il/elle appréhende ses prochaines sorties. Il peut être pertinent de le/la questionner sur la manière dont il/elle envisage ses futures consommations à la lumière des éléments discutés pendant l'entretien. Sans prendre une attitude parentale, il peut être pertinent de rappeler factuellement et avec des données scientifiques qu'une telle prise de risques peut avoir des conséquences sur le long terme. S'il/elle venait à se mettre une nouvelle fois en danger, il/elle pourrait ne plus avoir la possibilité de réaliser ses projets futurs. Durant les entretiens avec le/la jeune, il est très important de s'attarder sur l'aspect environnemental et notamment sur sa famille. En effet, Bornand & al. (2015) expriment que lors du travail avec un-e adolescent-e, la famille et les relations intra-familiales sont très importantes à considérer même en dehors d'un travail systémique. Tout en tenant compte des contraintes institutionnelles et légales, il est primordial de favoriser une approche familiale systémique. Selon le plan d'études cadre, filière de formation soins infirmiers (2012), intégrer les attentes des patient-e-s et mettre ses compétences professionnelles à disposition des proches fait partie intégrante de notre rôle. Cette même source met en avant le rôle d'apprenant-e en soins infirmiers. D'ailleurs, d'après la HEdS (s.d.), il existe une formation postgrade, de type DAS, spécialisée en santé de l'enfant, de l'adolescent-e et de sa famille qui permet d'approfondir ses compétences. De plus, l'adolescent-e étant encore mineur-e, selon les HUG (2021b) « aucune décision importante (par exemple une hospitalisation) ne sera prise sans en discuter au préalable avec les parents » (s.p.). Au-delà d'être un représentant légal notifié dans le dossier de soins, le parent est très souvent la première ressource de l'adolescent-e. Ce dernier doit donc, autant que possible, être intégré au partenariat de soins. Selon Duret (2021), la création d'un lien avec la famille est une démarche indispensable en pédiatrie pour

assurer des soins personnalisés. Parfois cela n'est malheureusement pas possible et les professionnel-le-s doivent alors s'entretenir uniquement avec le/la jeune avant son retour à domicile.

2.4.3. Approche systémique familiale

Selon Bornand & al. (2015), le contexte d'une IAA, demande d'intégrer les proches dans la prise en soins et de tenir compte de la complexité de la situation. L'équilibre familial peut être mis en péril par cet événement et demander à tous ses membres de négocier des changements pour en retrouver un nouveau. Comme le soulignent ces mêmes auteur-e-s, les parents se sentent souvent impuissants et ne savent pas comment agir. Duret (2021) ajoute qu'il faut s'assurer de répondre au mieux aux attentes et préoccupations de la famille concernant le retour à domicile. Notre rôle, dans cette situation, est de rassurer les parents, de les déculpabiliser et de leur donner des clés pour communiquer avec leur enfant¹⁰. Il est important de veiller à ne pas sortir de notre rôle de soignant-e en endossant une place parentale ou moralisatrice. Pour autant, selon Bornand & al. (2015), il faut être bien au clair avec les informations que l'adolescent-e veut bien transmettre à ses parents. L'objectif est de respecter la confidentialité et de privilégier ainsi le lien de confiance patient-e/soignant-e. Cela rejoint le rôle d'expert-e en soins infirmiers qui implique de défendre les intérêts du/de la patient-e en s'appuyant, notamment, sur le concept d'*advocacy*.

Le but de l'approche familiale systémique est, toujours selon Bornand & al. (2015), de donner aux membres de la famille, confiance en leurs compétences personnelles et en leurs capacités d'agir sur la situation. En effet, la famille est, la plupart du temps, une ressource précieuse. La fratrie ou autre figure importante peut être un soutien précieux dans cette période de déstabilisation que représente une IAA. La rencontre avec ces derniers est donc centrale. Selon Duret (2021), l'objectif est d'accompagner et de soutenir chacun-e des membres de la famille. L'idée est que chacun-e se sente suffisamment en sécurité pour trouver sa place dans le système et ainsi pouvoir évoluer ensemble. Il semble alors essentiel de leur apporter l'écoute et la compréhension dont ils ont besoin afin de répondre à leurs attentes. Certains parents peuvent éprouver une culpabilité de ne pas avoir pu remplir leur rôle protecteur dans ces situations particulières. La déculpabilisation et la valorisation de leurs compétences paraît être un

¹⁰ Voir chapitre « cadre familial »

point important de l'approche systémique. Adopter une attitude de non jugement est, bien-sûr, indispensable. Cependant, comme nous l'avons mentionné précédemment, chaque acteur-trice peut être un facteur protecteur ou non. Une réflexion sur certaines habitudes ou attitudes familiales mérite ainsi d'être abordée. De ce fait, nous pouvons apporter des informations et ressources pour les orienter vers des structures adaptées.

Malheureusement, dans la réalité, cela n'est pas toujours idyllique. La famille peut, par exemple, ne pas être prête à se remettre en question. Selon Bornand & al. (2015), il est possible, dans ce cas, que l'adolescent-e soit désigné comme source des problèmes. Cela permettrait ainsi aux autres membres de la famille de se désinvestir du projet de soins.

2.4.4. Retour à domicile ou transfert ?

Le séjour d'un-e adolescent-e dans un service d'urgences est d'une durée limitée. M. Szynalski (communication personnelle, 18 mai 2021) précise que lors d'une IAA, les jeunes ne restent pas plus de 24 heures à 48 heures dans le service. Les rôles infirmiers de collaborateur-trice, d'expert-e et communicateur-trice impliquent, à cet instant, de travailler avec le réseau afin d'assurer la continuité des soins. Cela passe par la notification des actions et données dans le dossier de soins. L'infirmier-ère prend également le rôle de manager-euse, plus précisément de leader-euse. Il/Elle doit prendre les décisions adéquates pour la santé du/de la mineur-e et mettre en œuvre le projet de soins .

Plusieurs orientations sont envisageables lors de la sortie des urgences. Si l'équipe soignante estime cela possible, le/la patient-e peut simplement rentrer chez lui/elle. L'infirmier-ère doit alors s'informer sur un suivi ambulatoire. Si son état le nécessite¹¹, le Centre Hospitalier Sud Essonne (2011) et Drouot (2018) mentionnent qu'il est possible d'hospitaliser le/la jeune dans un service de soins aigus. Finalement, si les évaluations¹² ont mis en lumière une comorbidité psychiatrique ou si le/la jeune a mentionné des facteurs de risques majeurs¹³, il est possible de l'orienter dans un service psychiatrique

¹¹ Suite à une complication de l'IAA.

¹² L'évaluation infirmière requiert le rôle d'expert en soins infirmiers.

¹³ Par exemple, s'il/elle projette de se remettre en danger rapidement ou s'il/elle boit pour oublier ses problèmes.

adapté. Ce point-ci rejoint le rôle de collaborateur-trice. Ces décisions sont discutées en interdisciplinarité.

Au terme de cette partie, nous pouvons introduire le cadre de référence qui sera utilisé par la suite, à savoir celui de la transition.

3. THÉORIE DES TRANSITIONS /ANCRAGE THÉORIQUE

3.1. Paradigme infirmier et école de pensée

La théorie de Meleis ne s'ancre pas explicitement dans un paradigme infirmier. Il est cependant possible de proposer un rapprochement entre la théorie des transitions et le paradigme interactif-intégratif. Selon Picard & Jones (2004), celui-ci prend en soins les client-e-s en reconnaissant les facteurs qui les composent afin de former un tout. Selon Smith & Liehr (2018), il existe un rapprochement entre les assomptions de Meleis¹⁴ et ce paradigme. Ce dernier n'est pas considéré comme holistique mais perçoit les éléments constitutifs du/de la client-e comme interreliés mais dissociés les uns des autres, tout comme Meleis.

Par ailleurs, King présente également une théorie intermédiaire. Selon Sieloff & Frey (2015), elle se rapproche également de ce même paradigme. Meleis,(2007), citée par Fawcett & Desanto-Madeya (2012), décrit l'école de pensée de King comme axée sur l'interaction. Meleis présente des similitudes avec le modèle conceptuel de King. Par conséquent, nous pouvons en déduire que notre théoricienne s'ancre, elle aussi, dans l'école de l'interaction. D'après Fawcett (2005), cette école de pensée part du postulat que l'individu choisit et agit en fonction de lui/elle-même en étant proactif et responsable de ses actions.

¹⁴ Celles-ci placent la transition, les interactions infirmier-ères-client-e-s, la complexité des *patterns* et les processus de transition au centre de la pratique.

3.2. Niveau d'abstraction

Les théories ont une place privilégiée sur l'holarchie structurelle des connaissances décrite par Fawcett¹⁵. Chacun des houlons qui la compose est défini comme un ensemble de concepts¹⁶ et de propositions (Fawcett, 2005). Les théories sont situées plus bas sur la figure de Fawcett (2005) que les modèles conceptuels, les philosophies et les métaparadigmes. Elles ont un niveau d'abstraction moins élevé et sont donc plus concrètes que les autres concepts et propositions. D'autre part, les théories fournissent un cadre permettant de comprendre les situations complexes vécues par les client-e-s (Meleis, 2010). La théorie de Meleis est dite intermédiaire¹⁷ ou à spectre modéré. Elles se situent, selon Meleis (2010), à un niveau d'abstraction moins élevé que les grandes théories. Ainsi, toujours selon la même auteure, le traitement des phénomènes et des conceptions spécifiques reflètent la réalité du terrain.

Enfin, sur l'holarchie des connaissances selon Fawcett, les indicateurs empiriques se situent au plus bas niveau d'abstraction de la figure. Ils sont donc très concrets. Selon Fawcett (2005), ces éléments ont pour but de mesurer les concepts de la théorie. Selon Meleis (2010), les indicateurs de processus et indicateurs de résultats permettent de définir l'orientation de la transition.

En tant que théorie intermédiaire s'appuyant sur des indicateurs empiriques, Meleis se situe au niveau d'abstraction le plus concret. Sa place sur l'holarchie, permet de comprendre sa proximité avec la pratique et son origine issue de la recherche (Meleis, 2010). Elle nous a semblé se rapprocher du vécu des adolescent-e-s en IAA.

¹⁵ Annexe n°5.

¹⁶ Un concept est un mot ou une phrase qui résume des idées, des observations et des expériences. Les concepts sont des outils qui fournissent des images mentales qui peuvent faciliter la communication et la compréhension des phénomènes (Fawcett, 2005).

¹⁷ *Middle rang theory*.

3.3. Méthodologie de la pratique ¹⁸

La théorie des transitions est exposée au travers d'une figure générale¹⁹ qui en développe les propriétés. Meleis définit les transitions comme un passage d'une phase de vie, de condition ou de statut à un autre. Quatre parties interreliées et interdépendantes²⁰ se dressent pour illustrer sa vision.

Même si les métaparadigmes²¹ ne sont pas mentionnés de manière explicite dans la théorie des transitions, ils sont cependant présents et visibles dans les postulats²² de Meleis. Chaque élément de la figure proposé par Meleis nous permet de faire des parallèles avec les méta concepts qui régissent la discipline infirmière.

3.3.1. La nature de la transition

Premièrement, la nature de la transition se rapporte à la personne. Le type de transition, les *patterns* et les propriétés sont spécifiques à chacun-e. Dans le cadre de notre travail, le premier type de transition pouvant être exposé est développemental. Ce type de transition correspond à un cycle de vie de l'individu. L'adolescence correspond à une période qui regroupe de nombreuses transitions dont l'une est celle de l'image corporelle. En effet, comme indiqué précédemment, le passage de l'enfance à l'âge adulte est riche en changements à la fois physiques, psychiques et relationnels qui permettront au jeune de construire sa propre identité. Les propriétés de l'adolescence varient donc en fonction du/de la jeune et de ses avancements au travers de ses transitions.

Nous pouvons aussi évoquer la transition santé/maladie. En effet, le passage aux urgences d'un/une jeune ayant subi une IAA est une transition particulièrement

¹⁸ Toute la partie *Méthodologie de la pratique* s'appuie, sauf indication contraire, sur l'ouvrage de Meleis (2010).

¹⁹ Annexe n°3

²⁰ La nature de la transition, les conditions facilitatrices ou inhibitrices, les *patterns* de réponses, le nursing thérapeutique.

²¹ « Un métaparadigme est défini comme les concepts globaux qui identifient les phénomènes d'intérêt central pour une discipline » (Fawcett, 2005, traduction libre, p. 4). Ils sont toujours selon elle : la personne, la santé, l'environnement et les soins.

²² Selon Fawcett (2005), ces derniers sont : la personne, les transitions, l'interaction, le processus infirmier, l'environnement, les interventions et la santé.

complexe. Elle met en jeu à la fois les aspects propres à son hospitalisation et à la transition développementale.

D'autre part, la famille peut, elle aussi, être impactée. Les adolescent-e-s vivent la plupart du temps chez leurs parents et dépendent d'eux financièrement, légalement et affectivement. C'est pour cette raison qu'il nous a semblé pertinent d'inclure la famille dans le cadre d'une approche systémique. Comme évoqué précédemment, l'adolescence implique une baisse de la protection parentale au profit d'une autonomie sociale plus importante. Le/La jeune aura également une volonté de rejeter la figure parentale au profit du groupe de pairs afin de s'éloigner de l'enfance pour progressivement devenir un-e adulte accomplie.

Ces changements au sein de la famille modifient son équilibre. Cela amène ainsi chaque membre à affirmer ou redéfinir son rôle, ses interactions et ses relations. Par ailleurs, un événement de santé tel qu'une IAA n'est pas anodin et peut générer de fortes émotions du côté parental (colère, culpabilité, déception, peur, inquiétude, etc.). Cela peut même provoquer de nouveaux changements de dynamique. Ainsi, cette complexification des rapports familiaux peut nous faire penser à des transitions de type situationnel et organisationnel. D'ailleurs, les transitions sont étudiées au niveau individuel, dyadique ou familial dans le cadre d'une transition organisationnelle. Dans notre situation, la transition situationnelle s'inscrit dans un ensemble de transitions regroupant des *patterns* complexes, simultanés et multiples.

Cette période développementale constitue un facteur de vulnérabilité majorée par la déclaration d'une IAA. La vulnérabilité fait partie du processus de transition à la fois en tant que cause et conséquence. Cette situation peut également fragiliser les parents. D'autant plus s'ils rencontrent déjà des problèmes personnels en parallèle.

La conscience fait partie intégrante des propriétés²³ de l'expérience de transition. La personne concernée doit être lucide sur les changements qui se produisent pour lui/elle. Comme évoqué précédemment, la vision que les jeunes ont de leur santé est encore en construction. Ils/Elles ne pensent donc pas pouvoir être atteints par des événements de santé ni pouvoir agir sur ceux-ci. La difficulté de la prise en soins

²³ Selon Meleis (2010), sans être nécessairement discrètes, les propriétés sont interdépendantes d'un processus complexe.

infirmière réside donc dans la prise de conscience et constitue un enjeu majeur dans l'accompagnement de ces jeunes.

Une absence de manifestation de prise de conscience ne veut pas nécessairement dire que le processus de transition n'est pas amorcé. Un-e adolescent-e ne montrant pas de signe de prise de conscience peut malgré tout avoir commencé son processus de transition. La prise de conscience est liée à la perception, à la connaissance et à la reconnaissance d'une expérience de transition. L'enjeu du/de la soignant-e est donc d'évaluer où se situe le/la jeune client-e-s dans son processus de prise de conscience et de le sensibiliser sur l'alcoolisation et la prise de risques. Ce sont les bases de l'approche motivationnelle. Dans le cadre d'une approche systémique, la prise de conscience des parents nous semble également importante. Elle leur permettra de soutenir leur enfant tout en étant informés.

La prise de conscience permet à l'adolescent-e de s'engager dans ce processus. Celle-ci est définie comme le degré auquel une personne démontre son implication dans les processus inhérents à la transition. Dans notre situation, les changements induits par IAA sont inhérents à ceux de l'adolescence et peuvent avoir des répercussions à court ou moyen terme. La conscience et l'engagement semblent donc essentiels à la fois pour l'adolescent-e mais aussi pour sa famille. Un investissement dans la transition situationnelle et organisationnelle permettrait à chacun-e de vivre les transitions plus sereinement et ainsi de prévenir la récurrence. En effet, sans être lucides sur la situation, les membres de la famille ne peuvent pas s'investir dans leur transition et le/la jeune risque donc de réitérer son expérience d'IAA.

Le changement et la différence, sont des propriétés non interchangeable et se distinguent de la notion de transition. En effet, un changement n'implique pas forcément une transition mais l'inverse est toujours vrai. Les changements peuvent permettre d'explorer les transitions vécues. Les dimensions²⁴ qui les composent peuvent être des outils intéressants pour mieux comprendre les processus du/de la jeune et de sa famille.

La différence incarne le fait de se sentir, d'être perçu-e ou de voir le monde et les autres de manière différente. Comme évoqué précédemment, l'adolescence est marquée par la volonté de se rapprocher des normes. En effet, le/la jeune homme/fille ne peut pas correspondre aux critères et le regard du groupe de pairs peut amplifier ce sentiment. Être en situation d'IAA, pourrait renforcer cette sensation. L'infirmier-ère doit donc tenir

²⁴ La nature, la temporalité, l'importance, la gravité perçue, les routines, les idées, les perceptions et les identités (Meleis, 2010).

compte de la complexité de la transition et des différents constituants de cette dernière pour être au plus proche des besoins de l'adolescent-e.

La plupart des transitions multiples comporte des événements ou des points critiques. Cela implique un changement d'engagement dans la gestion de la transition. Marqués d'incertitudes, de confusion, de détresse, de fluctuations, de changements continus et de perturbations de la réalité, ces situations peuvent mettre les jeunes client-e-s dans un état de profonde vulnérabilité. Chaque événement critique requiert donc l'attention, les connaissances et l'expérience de l'infirmier-ère auprès du/de la jeune, comme auprès de sa famille. On peut supposer que, dans certains cas, l'IAA constitue un point de bascule lors d'une transition développementale. On peut également considérer la phase de stabilisation en fin de transition comme l'un d'eux.

Les transitions sont caractérisées par des flux et des mouvements qui définissent la temporalité. Les périodes de transitions sont constituées de premiers signes annonciateurs²⁵, puis de périodes d'instabilités²⁶. Enfin la fin de la transition marquée par une période de stabilité identifiable est ainsi vécue comme un éventuel nouveau départ. L'expérience de transition est en perpétuelle évolution et une réévaluation des résultats semble donc pertinente. Il est contre-productif, voire impossible, de fixer une limite temporelle à l'expérience de transition. Dans notre situation, l'OMS délimite l'adolescence de 10 à 19 ans. La transition est donc théoriquement bornée dans le temps. Cependant, en fonction des expériences vécues par la personne, cette norme peut être redéfinie notamment en ce qui concerne l'IAA. De plus, la transition vécue par la famille est directement en lien avec celle de l'adolescent-e.

3.3.2. Les conditions de la transition

Les conditions de transition se rapportent au paradigme de l'environnement. Pour comprendre les expériences des client-e-s pendant une transition, il est nécessaire d'approfondir les conditions personnelles, communautaires et sociétales. Elles sont indépendantes les unes des autres mais s'influencent entre elles. Ces dernières facilitent ou entravent le cheminement vers un processus de transition sain.

Toujours selon la même auteure, les êtres humains sont définis comme actifs, capables de percevoir les situations et de leurs donner un sens. De plus, les perceptions du/de la

²⁵ Anticipation, perception, démonstration du changement.

²⁶ Aussi appelées « points critiques ».

client-e sont influencées par les conditions dans lesquelles se déroule la transition et inversement. La signification qu'il/elle donne aux événements et aux divers processus de transitions orienteront les modèles de réponse. De plus, les conditions de transition et les significations que le/la jeune donne à son expérience de transition peuvent donc être favorisantes ou entravantes.

Parmi les conditions personnelles, Meleis aborde la notion de croyance, d'attitude culturelle ainsi que celle des statuts socio-économiques. Ces notions semblent intéressantes dans le traitement de notre sujet. En effet, le vécu de la transition développementale est certes propre à chacun-e, mais également influencé par les cultures, croyances et niveaux socio-économiques. Ces conditions peuvent être facilitatrices ou non en fonction des situations de chaque jeune. Nous avons démontré dans la partie épidémiologique que l'alcoolisation des adolescent-e-s variait en fonction des pays²⁷. Nous pouvons en déduire que ce facteur personnel joue un rôle dans l'IAA des adolescent-e-s.

La préparation à la connaissance fait également partie des conditions personnelles décrites par Meleis. Ces conditions permettent d'anticiper les propriétés et les stratégies qui peuvent aider à appréhender la transition. Ce qui nous rapporte à la prévention primaire²⁸. Comme nous l'avons abordé précédemment, la famille comme l'école jouent un rôle de prévention auprès du/de la jeune. Cette préparation est essentielle et permet aux jeunes d'être sensibilisé-e-s aux dangers de l'alcoolisation. Dans ce travail, nous abordons la notion de prévention secondaire. Il semble pertinent d'anticiper les prochaines occasions propices à l'alcoolisation afin de définir ensemble des stratégies. Dans notre situation, on peut estimer que l'absence de préparation à la connaissance entrave les transitions.

Comme nous l'avons vu précédemment, les communautés autour du/de la jeune sont le groupe de pairs et la famille. Par leurs influences, ils peuvent constituer des facteurs facilitateurs ou non.

Comme évoqué plus haut, par le marketing fait autour de l'alcool, la société peut compliquer les processus de transition. Il incite les client-e-s influençables à consommer

²⁷ Voir figures 1 & 2 ci-dessus.

²⁸ « La prévention primaire vise à empêcher l'apparition d'une maladie » (OMS, 1999, p.4).

de plus en plus jeune. Cependant, pour les protéger, la société édite également des lois et réalise des actions de promotion de la santé. Par ailleurs, considérer un événement de transition comme stigmatisant tend à interférer dans le processus d'une transition saine. Ainsi, le regard de la société impacte donc le bon déroulement des transitions.

3.3.3. Indicateurs empiriques de la transition

Les soins infirmiers s'intéressent aux processus et expériences humaines de transition dont le résultat est la santé et le bien-être perçu par le/la client-e. Afin d'évaluer la qualité de la transition, Meleis utilise des indicateurs de processus et de réponses. Ces modèles de réponses peuvent être rapportés au métaparadigme de la santé.

3.3.3.1. Indicateurs de processus

Les indicateurs de processus évaluent si le client s'oriente vers la santé et le bien-être ou vers la vulnérabilité et le risque. Ces évaluations réalisées à plusieurs reprises par les infirmier-ère-s visent à favoriser un résultat sain. Nous sommes conscientes que dans notre situation, la modalité des services d'urgences ne permet pas à l'infirmier-ère de suivre lui/elle-même le/la jeune durant ce processus.

Les modèles de réponses comprennent le fait de se sentir connecté-e, d'interagir, d'être situé et de développer la confiance et le *coping*²⁹. Ce premier modèle de réponse est en lien avec les relations personnelles de la personne. Les interactions d'un-e adolescent-e se font avec son groupe de pairs, sa famille, et le milieu scolaire. De plus, comme évoqué précédemment, l'aspect affectif et socio-éducatif constitue des déterminants de la santé et du bien-être. D'autre part, le cercle social du/de la jeune constitue une source précieuse d'informations pour le personnel de soins. Ainsi, se sentir connecté-e et interagir avec les soignant-e-s est une dimension importante de ce processus et peut débiter dans un service d'urgences.

En développant l'indicateur de processus de positionnement³⁰, le/la soignant-e cherche à comprendre la manière dont le/la jeune se place dans le temps, l'espace et les

²⁹ « On parle de *coping* pour désigner la façon de s'ajuster aux situations difficiles » (Mariage, 2001, s.p).

³⁰ Aussi appelé : se situer.

relations. Quelques questions³¹ peuvent être intéressantes à se poser pour estimer la direction que prend la transition. Les client-e-s s'orientant vers une transition saine ont démontré une meilleure connaissance des situations, une plus grande compréhension des points critiques et des tournants, et un sentiment de sagesse résultant de leurs expériences vécues.

Enfin, développer la confiance et le *coping* est le reflet de la nature de la transition. L'objectif est d'estimer si les adolescent-e-s observent une augmentation du niveau de confiance en parvenant à mobiliser des stratégies de *coping*.

3.3.3.2. Indicateurs de résultats

Les deux indicateurs³² présentés par Meleis visent à refléter subjectivement les résultats de la transition effectuée. La temporalité de l'évaluation des indicateurs de résultat est importante. En effet, comme mentionné plus haut, il est contre-productif de fixer une limite de temps à une transition. La détermination de la fin de celle-ci doit être flexible et tenir compte des caractéristiques et des origines. Dans toutes les circonstances, la fin d'une transition est marquée par le sentiment subjectif d'équilibre dans la vie du/de la client-e. Dans notre situation, la durée des transitions est propre à chaque jeune client-e. Même si on peut identifier le début de ces dernières, il est impossible d'en définir la fin à l'avance.

La maîtrise est l'un des deux indicateurs de résultat. Elle marque l'achèvement sain d'une transition. Cet indicateur démontre l'acquisition de compétences et de comportements nécessaires à la gestion de situations ou d'environnements nouveaux. Cet apprentissage nécessite du temps et s'acquiert par l'expérience. Il est ainsi peu probable que le/la patient-e puisse sentir un équilibre de vie durant cette période de prise en soins aiguë. On peut d'ailleurs notifier que si les résultats sont précoces, il s'agirait plutôt d'indicateurs de processus.

Face à cette transition développementale, riche en nouveaux défis et apprentissages, on peut déduire que les enjeux sont la responsabilisation, l'identification des limites et la capacité à demander de l'aide.

³¹ Par exemple : Pourquoi est-il/elle venu aux urgences ? Comment ? Où est-il/elle ? Pourquoi est-il/elle ici ? Qui est-il/elle ?

³² La qualité de vie et le niveau de bien-être de la personne.

L'identité interactive fluide est l'autre indicateur de résultat. Les expériences de transition entraînent une reformulation de l'identité. La transition développementale est caractérisée par de nombreux changements permettant à l'adolescent-e de construire son identité en tant que futur-e adulte. Cet indicateur est particulièrement adapté à notre problématique.

Cependant, comme mentionné précédemment, les infirmier-ère-s des urgences ne rencontrent le/la jeune patient-e qu'une seule fois, ce qui ne leur permet pas d'assurer eux/elles-mêmes la suite du suivi mais de l'initier. Cependant la construction d'une relation de confiance aura un impact considérable pour la suite.

3.3.4. Nursing thérapeutique

Le *nursing therapeutics*³³ peut être considéré comme le métaparadigme du soin. Ce concept est défini par Meleis comme la manière dont les infirmier-ère-s doivent aborder et accompagner le/la client-e afin de lui permettre d'atteindre le bien-être. Cela passe par le rôle de soutien, de supplémentation³⁴ et par la création d'un environnement sain. Il est important de considérer les types, les *patterns* et les propriétés de la transition. Le/la client-e peut ainsi effectuer ses transitions avec plus de douceur s'il/elle bénéficie d'un environnement adéquat. Nous pensons donc que la prise en soins en première ligne aura un effet bénéfique et peut potentiellement éviter une nouvelle IAA.

Les recherches effectuées jusqu'ici nous amènent à développer la suite de notre écrit en posant la question suivante : *Chez les adolescent-e-s de 13 à 17 ans en intoxication alcoolique aiguë aux urgences, quelle est l'intervention infirmière de prévention secondaire la plus efficace pour prévenir la récurrence et les complications ?*

³³ Selon Fawcett (2005), cette notion vise à promouvoir, soutenir ou faciliter la transition.

³⁴ Promeut la capacité à évoluer et à se remettre en question pour aller vers la nouvelle situation (Meleis, 2010).

4. MÉTHODE

Pour répondre à la question d'intérêt, il nous a fallu faire un travail d'analyse en nous appuyant sur des études et/ou articles scientifiques. Afin d'être sûres de la qualité des publications que nous souhaitons recenser, nous avons effectué nos recherches sur des bases de données scientifiques telles que PubMed, CINAHL, LiSSa ou EMBase.

4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

La première étape méthodologique de notre recherche a été d'identifier les concepts-clés de la problématique. Pour ce faire, nous avons choisi de nous appuyer sur l'acronyme PICO.

Tableau n°1 : Équation de recherche PICO

PICO	Concepts-clés
Populations (P)	Adolescent-e-s de 13 à 17 ans en intoxication alcoolique aiguë aux urgences
Interventions (I)	Interventions de prévention secondaire
Comparaisons (C)	Pas d'intervention
Outcomes (O)	Prévenir la récurrence et les complications

Une fois les concepts-clés identifiés, nous les avons synthétisés en mots-clés afin de faciliter la recherche bibliographique. La majeure partie a été effectuée sur la base de données PubMed. Ce moteur de recherches anglophone se base sur l'utilisation de *MeSH Terms*³⁵. Ceux-ci sont identifiables grâce au logiciel *Hetop*. Les tableaux ci-dessous regroupent les *MeSH Terms* qui nous ont semblé les plus pertinents ainsi que les principales équations qui nous ont permis de trouver nos articles³⁶.

³⁵ Mots-clés qui lui sont propres.

³⁶ La totalité des équations de recherches est présentée dans l'annexe n°4.

Tableau n°2 : Mots-clés pour les recherches d'articles

Mots-clés	PubMed	
	MeSH Terms	Autre MeSH Terms utilisé
Intoxication alcoolique aiguë	<i>Alcoholic intoxication</i>	<i>Underage Drinking Alcohol related disorder</i>
Prévention secondaire	<i>Secondary prevention</i>	<i>Emergency care Brief psychotherapy</i>
Urgences	<i>Emergency</i>	<i>Emergency service Hospital</i>
Réductions des risques	<i>Harm reduction</i>	<i>Récurrence Health education</i>

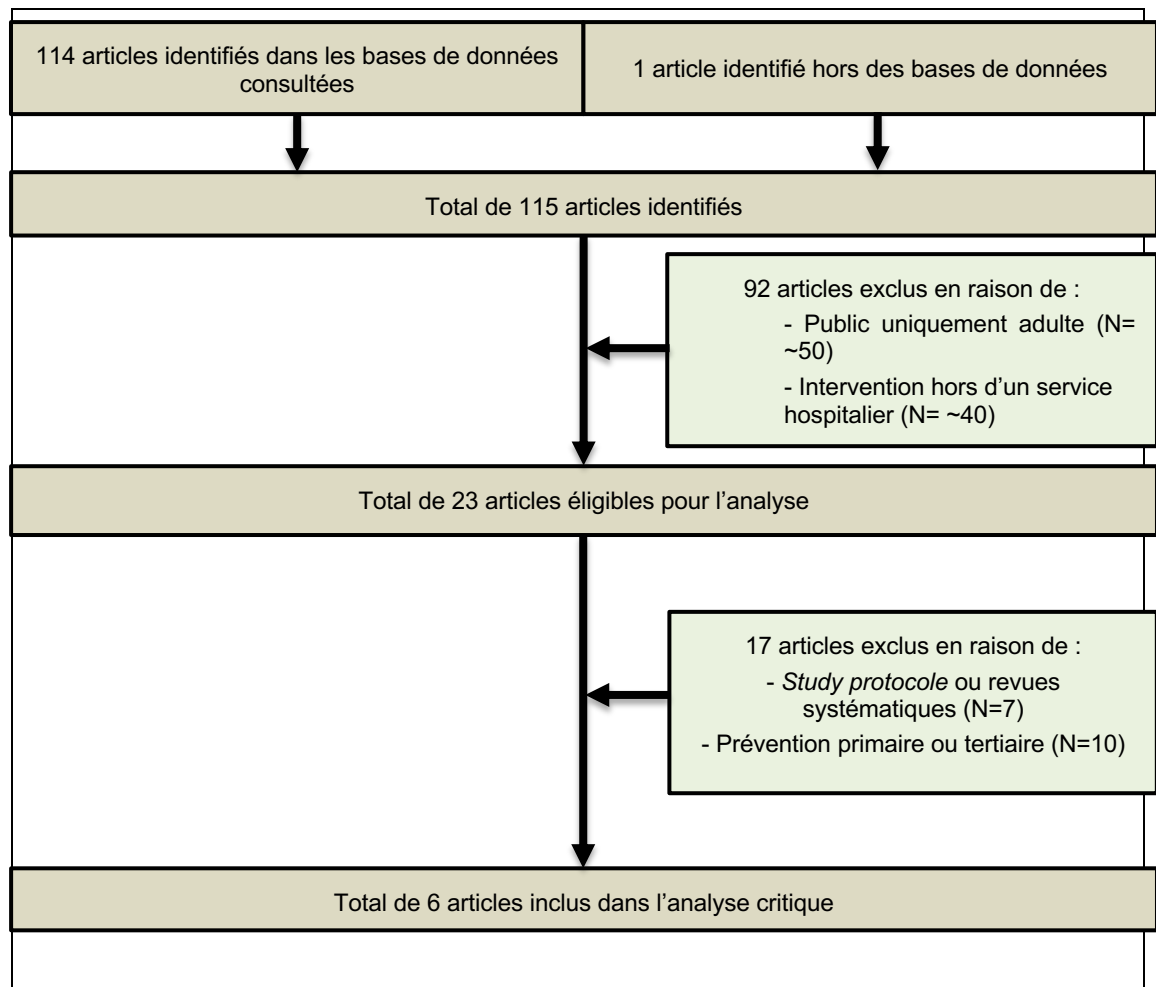
Tableau n°3 : Équations de recherches principales sur PubMed

Date de recherches	Equation de recherches	Filtres	Nbr. d'articles obtenus	Nbr. d'articles retenus
23.11.2020	<i>(alcoholic intoxication) AND (adolescent)) AND (secondary prevention)) AND (emergencies OR emergency medical services OR emergency service, hospital OR emergency services, psychiatric</i>	Ø	10	1
08.12.2020	<i>Alcoholic intoxication [MeSH Terms] AND emergency* [MeSH Terms]</i>	<i>Randomized Controlled Trail, Adolescent : 13-18 years</i>	14	2
10.12.2020	<i>(alcohol related disorder*) AND (secondary prevention)</i>	<i>Randomized Controlled Trial, Adolescent : 13-18 years.</i>	42	2

4.2. Diagramme de flux

La figure n°3 ci-dessous résume notre démarche de recherche et les principaux critères d'exclusion.

Figure n°3 : *Diagramme de flux*



Durant ce processus, ces articles nous ont amenées à de nombreuses réflexions et questionnements. Une fois ces textes sélectionnés, nous avons réalisé que certains d'entre eux n'étaient pas les plus appropriés pour traiter avec justesse notre sujet. Ainsi, nous nous sommes replongées dans les articles préalablement identifiés afin de nous assurer de la pertinence de nos choix.

Nous avons finalement retenu six essais. Parmi ceux-ci, cinq résultent d'équations de recherches *PubMed*³⁷. Le dernier article a été découvert grâce aux références mentionnées dans l'un des autres textes.

³⁷ Tableau n°3 : Équations de recherches principales sur *PubMed*.

Notre but, dans ce travail, est de comparer l'impact de différentes interventions. Notre problématique porte, de ce fait, sur l'efficacité desdites interventions. Notre question de recherches est alors de nature thérapeutique³⁸. D'après le cours de C. Ludwig, dans ce type de devis, le recours à un Essai Randomisé Contrôlé [ERC] est à prioriser pour limiter le nombre de biais (Document non publié [Support de cours], 25 novembre 2019). White & al. (s.d.) affirment que les ERC sont des études de type expérimental et les définissent comme suit :

« À partir d'une population admissible, cette méthode permet de sélectionner de façon aléatoire le groupe expérimental qui bénéficiera d'une intervention ... et le groupe contrôle qui servira de point de comparaison. L'ECR permet d'évaluer dans quelle mesure les impacts escomptés sont obtenus. (p.1) ».

Sur la pyramide³⁹ présentée par European Patient's Academy on Therapeutic Innovation [EUPATI] (s.d.), ce type d'étude se situe à l'avant-dernier échelon. Le niveau de preuves est donc élevé juste derrière celui des méta-analyses. C'est pourquoi, il nous a semblé pertinent de traiter notre sujet au travers de ce type d'étude.

³⁸ « Un essai thérapeutique a généralement pour but d'étudier si le nouveau traitement apporte un avantage par rapport aux traitements habituellement utilisés » (Institut national du cancer, s.d.)

³⁹ Annexe n°6.

5. RÉSULTATS

Dans cette partie du travail, nous allons dans un premier temps présenter rapidement chaque étude, en les complétant par une analyse critique sous forme de tableaux récapitulatifs⁴⁰. Dans un second temps, nous comparerons leurs éléments clés.

5.1. Analyse critique des articles retenus

Klein, M., Hammerich, S., Eggert, P., & Ankermann, T. (2018). Motivierende Kurzinterventionen nach Krankenhausaufenthalt bei Alkoholintoxikation bei Jugendlichen – Effektive Option sekundärer Prävention? *Klinische Pädiatrie*, 230(04), 200-204. <https://doi.org/10.1055/a-0590-4726>

Le premier article présente l'ERC de Klein & al. (2018). Cette étude allemande est menée dans la ville de Kiel dans le cadre du projet HaLT⁴¹, sous les auspices du ministère fédéral de la santé allemande en 2002.

Le but de cette recherche est d'étudier l'utilisation des interventions brèves de motivation chez les jeunes de 13 à 17 ans en état stable après une IAA. Cette étude a englobé 64 participant-e-s. Pourtant, les chercheur-euse-s n'ont pu analyser que les résultats de 48 jeunes ayant été hospitalisés au moins une nuit pour un diagnostic d'IAA. Leur concentration d'alcool dans le sang était, en moyenne, de 1,8‰. Avant d'être répartis entre le groupe d'intervention et le groupe de contrôle, les participant-e-s ont rempli un questionnaire évaluant leur consommation habituelle d'alcool avant l'hospitalisation. Leur point de vue sur leur consommation et leur motivation a changé. Les patient-e-s ont aussi été questionné-e-s sur la réaction qu'ils/elles pensaient attendre de leurs parents à la suite de cet événement.

Les 28 personnes du groupe d'intérêt ont participé à un entretien motivationnel de 45 min avec un-e professionnel-le durant le séjour au service d'urgences. Ils/Elles ont également reçu de la documentation d'informations.

⁴⁰Tableau n°4 : *Tableaux de synthèse*.

⁴¹ *Hart am Limit*

Les 20 participant-e-s du groupe de contrôle n'ont eu, quant à eux/elles, ni entretien, ni documentation.

Afin d'assurer la continuité du suivi, tous les participant-e-s ont été contacté-e-s par téléphone six et douze semaines après leur inclusion à l'étude. À ces deux occasions, ils/elles ont répondu une nouvelle fois au questionnaire. Les chercheur-euse-s ont évalué la fréquence de la consommation d'alcool de la jeune personne, celle de ses parents à la maison, sa réaction effective suite à l'événement, ses lieux et groupes privilégiés pour boire, le type et la quantité d'alcool consommé par occasion, sa motivation à réduire sa consommation ainsi que sa sensation après avoir trop bu. Les résultats obtenus par les chercheur-euse-s n'ont montré aucune différence significative entre les deux groupes et donc aucun impact clair de l'intervention.

Arnaud, N., Diestelkamp, S., Wartberg, L., Sack, P., Daubmann, A., & Thomasius, R. (2017). Short- to Midterm Effectiveness of a Brief Motivational Intervention to Reduce Alcohol Use and Related Problems for Alcohol Intoxicated Children and Adolescents in Pediatric Emergency Departments: A Randomized Controlled Trial. *Academic Emergency Medicine*, 24(2), 186-200. <https://doi.org/10.1111/acem.13126>

Le second article présente l'ERC d'Arnaud & al. (2016). Cette étude allemande a, elle aussi, été menée dans le cadre du projet HaLT. Elle a été effectuée au sein des services d'urgences pédiatriques des Hôpitaux de Hambourg.

Cette recherche a pour objectif d'évaluer l'efficacité d'une brève intervention motivationnelle pour réduire la consommation d'alcool et les problèmes associés dans les services d'urgences pédiatriques. Elle a regroupé 316 participant-e-s de moins de 18 ans hospitalisé-e-s le weekend pour IAA dans un service d'urgences pédiatriques de Hambourg. Avant d'être répartis entre le groupe d'interventions et le groupe de contrôle, ces jeunes gens ont rempli l'auto-questionnaire CRAFFT⁴², évaluant leurs risques face à la consommation d'alcool. Afin d'être inclus dans l'étude, ils/elles devaient obtenir un score supérieur à deux.

Dans le premier groupe comprenant 144 personnes, 141 participant-e-s ont bénéficié d'une intervention motivationnelle brève d'une durée d'environ 45 min. Elle s'accompagnait d'un renforcement de la motivation et de conseils directifs. De plus, 73

⁴² Ce questionnaire est la version allemande du questionnaire AUDIT présenté plus haut.

participant-e-s ont également eu droit à une consultation avec leurs parents et finalement 115 participant-e-s ont profité d'un entretien dit *booster*.

Les 176 participant-e-s du groupe de contrôle ont reçu une brochure d'information sur les conséquences négatives de l'abus d'alcool, ainsi que les coordonnées du service de conseil⁴³ avec une recommandation de contact.

Tous les participant-e-s ont été contacté-e-s par téléphone après trois et six mois, afin d'assurer la continuité du suivi et d'évaluer l'impact de l'intervention. Les chercheur-euse-s ont principalement observé les changements de fréquence de consommations excessives d'alcool, le nombre de boissons alcoolisées à une occasion typique et de problèmes liés à l'alcool. Ils ont également évalué la proportion de patient-e-s ayant utilisé des services de santé post-hospitalisation. Les deux groupes n'ont pas montré de différences significatives pour les résultats des *outcomes* primaires et secondaires.

Hides, L., Quinn, C., Chan, G., Cotton, S., Pocuca, N., Connor, J. P., Witkiewitz, K., Daglish, M. R. C., Young, R. McD., Stoyanov, S., & Kavanagh, D. J. (2021). Telephone-based motivational interviewing enhanced with individualised personality-specific coping skills training for young people with alcohol-related injuries and illnesses accessing emergency or rest/recovery services: A randomized controlled trial (QuikFix). *Addiction*, 116(3), 474-484. <https://doi.org/10.1111/add.15146>

Le troisième article présente l'ERC de Hides & al. (2020), menée en Australie à Brisbane.

Cette étude à trois bras⁴⁴ a eu pour but d'évaluer si l'intervention motivationnelle *QuikFix*⁴⁵ était plus efficace que l'EM standard ou qu'un entretien d'évaluation et d'information. Leur public cible était constitué de jeunes gens âgés de 16 à 25 ans souffrant de blessures ou de maladies liées à l'alcool. Au total, 398 participant-e-s ont été recruté-e-s dans un service d'urgences ou un service de réadaptation. Outre l'âge et le motif d'admission, les patient-e-s ont dû remplir un auto-questionnaire AUDIT et obtenir un score supérieur ou égal à 8 afin de pouvoir être inclus dans l'étude. Tous/Toutes ont commencé par une conversation sur les événements les ayant conduit

⁴³ Sur la consommation de substances psychoactives pour les jeunes.

⁴⁴ Cette notion est expliquée dans le chapitre « Type de devis » de la discussion.

⁴⁵ Intervention motivationnelle améliorée par un entraînement individualisé aux techniques d'adaptation spécifique à la personnalité.

aux urgences ou en service de réadaptation. Puis les participant-e-s ont été réparti-e-s entre les groupes intervention AF/I⁴⁶, intervention EM et intervention d'intérêt *QuikFix*.

Par la suite, les 130 participant-e-s du groupe d'intervention AF/I ont bénéficié d'un entretien d'évaluation et d'information personnalisé sur leur consommation d'alcool. Ils/Elles ont également reçu des informations sur les séquelles physiques, psychologiques et sociales de la consommation d'alcool et les stratégies de réduction des risques.

Les 136 participant-e-s du groupe d'intervention EM ont bénéficié, après la conversation de départ, de deux entretiens. Le premier était identique à celui reçu du groupe AF/I. Le second était un entretien motivationnel ayant pour but de renforcer la préparation, l'engagement, de négocier des objectifs et de développer un plan pour changer.

Finalement, les 132 participant-e-s du groupe d'intérêt *QuikFix* ont participé à deux sessions d'entretiens. La première session est identique aux interventions du groupe EM⁴⁷. La seconde session comprenait un deuxième AF/I, sur ses deux principaux profils de risques de personnalité. Enfin une formation spécifique à chaque personnalité portait sur l'adaptation cognitivo-comportementale.

Après les différentes interventions, les trois groupes ont reçu par e-mail et SMS des *devoirs* à faire, des résumés de leur session, puis quatre SMS⁴⁸ de rappel adaptés au contenu de chaque intervention. Les groupes EM et *QuikFix* ont également reçu, en même temps que les SMS, quatre appels téléphoniques d'environ 5 à 10 min de la part de leur thérapeute.

Les participant-e-s ont été contacté-e-s un, trois, six et douze mois après le début de l'étude. À ces occasions, les chercheur-euse-s ont évalué le nombre de boissons standard et de jours de consommation. Ils/Elles en ont déduit le nombre moyen de boissons standard, par jour de consommation au cours du mois précédent. Lors du dernier suivi après douze mois, les chercheur-euse-s ont également questionné les participant-e-s sur le nombre de problèmes liés à l'alcool rencontrés au cours des trois mois précédents. Les résultats indiquent que l'intervention *QuikFix* est plus efficace que l'AF/I et l'EM.

⁴⁶ *Assessment Feedback/Information*.

⁴⁷ Un entretien AF/I et un entretien EM.

⁴⁸ Un après un mois, un après quatre mois, un après huit mois et le dernier après dix mois.

Davis, A. K., Arterberry, B. J., Bonar, E. E., Chermack, S. T., Blow, F. C., Cunningham, R. M., & Walton, M. A. (2018). Predictors of positive drinking outcomes among youth receiving an alcohol brief intervention in the emergency department. *Drug and Alcohol Dependence*, 188, 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.03.044>

Notre quatrième article, de Davis & al. (2018), présente l'analyse des données secondaires. L'étude randomisée contrôlée a été menée aux États-Unis au sein des services d'urgences et de psychiatrie dans divers hôpitaux de l'État du Michigan.

Les participant-e-s âgés de 14 à 20 ans ont d'abord effectué un dépistage AUDIT-C et obtenu un résultat positif⁴⁹. Les participant-e-s étaient répartis en deux groupes, l'un ayant reçu une brève intervention sur l'alcool dispensée par un thérapeute et l'autre par un ordinateur. Bien qu'il y ait eu des différences dans les modalités d'exécution, les interventions brèves étaient similaires dans leur contenu. Elles utilisent toutes deux la théorie et les principes de l'entretien motivationnel. Les deux interventions comprenaient d'abord une discussion et un *feedback*⁵⁰, puis un second entretien centré sur les conséquences de la consommation d'alcool. Parmi tous-tes les participant-e-s, seul-e-s 475 n'ont pas abandonné le suivi à trois mois.

Lors de ce suivi des résultats⁵¹, les chercheur-euse-s ont estimé plusieurs éléments impactés par la consommation d'alcool. Ils/Elles ont questionné la fréquence de consommation des substances illicites, de recours à des médicaments⁵² pour un usage non-médical⁵³ et de consommation de tabac. Les chercheur-euse-s se sont également intéressé-e-s à un aspect social. En effet, l'influence des pairs, le soutien parental et la consommation de substances psychoactives des parents étaient également étudiés. L'étude se déroulant sur un an, les chercheur-euse-s ont voulu encourager la participation des jeunes en proposant une rémunération à la fin du suivi.

Les conclusions de l'étude démontrent qu'un quart des jeunes, recevant une brève intervention dans un service d'urgences, ont réduit leur consommation d'alcool en-dessous des normes à risques. Pour autant, il convient de rester vigilant quant aux patient-e-s ayant un haut niveau de consommation. Les auteur-e-s recommandent ainsi

⁴⁹ Score supérieur ou égal à 3 pour les 14-17 ans et supérieur ou égal à 4 pour les 18-20 ans.

⁵⁰ Examinant les forces personnelles, les objectifs et valeurs des jeunes.

⁵¹ Trois mois après l'intervention.

⁵² Sur ordonnance.

⁵³ C.-à-d. sédatifs, stimulants, opioïdes.

de surveiller les symptômes dépressifs et encouragent l'identification à un-e mentor-esse.

Deluca, P., Coulton, S., Alam, M. F., Boniface, S., Donoghue, K., Gilvarry, E., Kaner, E., Lynch, E., Maconochie, I., McArdle, P., McGovern, R., Newbury-Birch, D., Patton, R., Pellatt-Higgins, T., Phillips, C., Phillips, T., Pockett, R., Russell, I. T., Strang, J., & Drummond, C. (2020). Linked randomised controlled trials of face-to-face and electronic brief intervention methods to prevent alcohol-related harm in young people aged 14–17 years presenting to emergency departments. *Programme Grants for Applied Research*, 8(2), 1-144. <https://doi.org/10.3310/pgfar08020>

Le cinquième article aborde la double⁵⁴ ERC à trois bras de Deluca & al. (2020). Ces deux essais ont été menés dans dix services d'urgences des régions du Nord-est, du Yorkshire et Humber et de Londres en Grande-Bretagne.

L'objectif est de mener une étude sur deux types de populations. Cela, permet d'évaluer l'efficacité clinique et le rapport coût-efficacité⁵⁵ des stratégies d'interventions brèves par rapport au dépistage seul. Au total 1639 adolescent-e-s entre 14 et 17 ans y ont été inclus-es. Un essai s'est concentré sur les 756 jeunes dit-e-s à hauts risques⁵⁶. L'autre essai a englobé 883 jeunes identifié-e-s comme étant à faibles risques ou abstinent-e-s à l'alcool⁵⁷. Dans chaque essai, les participant-e-s ont été répartis entre trois groupes : un groupe de contrôle, un groupe d'intervention PFBA et un groupe d'intervention eBI.

Les groupes de contrôle étaient composés de 241 participant-e-s à hauts risques et de 304 participant-e-s à faibles risques. Ces deux groupes ont uniquement reçu le questionnaire de dépistage AUDIT-C.

Les deux groupes d'intervention PFBA étaient, pour leur part, composés de 263 participant-e-s de l'essai à hauts risques et de 285 participant-e-s de celui à faibles risques. L'intervention a consisté en une séance de conseil bref structurée et personnalisée d'environ 5 min. L'intervention a été dispensée dans une pièce calme des urgences. Chaque participant-e a reçu un dépliant, qui comprenait des informations

⁵⁴ Cette notion sera expliquée dans le chapitre « Type d'ERC » de la discussion.

⁵⁵ Cet aspect sera davantage développé dans l'article suivant.

⁵⁶ Score AUDIT-C supérieur à 3.

⁵⁷ Score AUDIT-C inférieur à 3.

supplémentaires sur l'alcool, l'intoxication alcoolique, l'empoisonnement par l'alcool et l'alcool et la loi.

Finalement, les participant-e-s aux derniers groupes ont bénéficié de l'intervention sur smartphone eBI. C'est une application utilisant le concept de gamification. Les deux groupes étaient composés de 252 jeunes dit-e-s à hauts risques et de 294 dit-e-s à faibles risques. L'application permet aux utilisateur-trice-s de naviguer, d'explorer, d'apprendre des faits et des chiffres sur l'alcool. Elle permet également de recevoir un retour personnalisé et de fixer des objectifs. Son interface de jeux permet de rendre le tout attrayant. Les informations et conseils fournis étaient similaires à ceux de l'intervention PFBA. L'application a été installée sur le smartphone des participant-e-s pendant leur séjour aux urgences. Dans les cas où ils/elles n'avaient pas accès à leur téléphone, un e-mail ou SMS a été envoyé à la sortie des urgences. Ceux-ci rappelaient aux patients de télécharger l'application. Deux autres rappels étaient envoyés dans un intervalle de deux semaines.

Les participant-e-s ont été contacté-e-s par un membre de l'équipe de recherche à six et douze mois après les interventions pour réaliser un entretien de suivi. Afin d'évaluer le rapport coût-bénéfice des interventions, les chercheur-euse-s ont évalué, principalement, la quantité totale d'alcool consommée au cours des trois mois précédents. Ils/Elles se sont aussi intéressé-e-s aux conséquences de la consommation d'alcool et à l'adhérence thérapeutique des participant-e-s. Afin de limiter le nombre de participant-e-s perdu-e-s au cours de l'étude, les chercheur-euse-s ont offert de petites rémunérations aux jeunes à chaque suivi. Dans les deux études, aucune différence significative n'a été observée entre les interventions.

Deluca, P., Coulton, S., Alam, M. F., Boniface, S., Cohen, D., Donoghue, K., Gilvarry, E., Kaner, E., Maconochie, I., McArdle, P., McGovern, R., Newbury-Birch, D., Patton, R., Pellatt-Higgins, T., Phillips, C., Phillips, T., Pockett, R. D., Russell, I., Strang, J., & Drummond, C. (2021). Brief interventions to prevent excessive alcohol use in adolescents at low-risk presenting to Emergency Departments: Three-arm, randomised trial of effectiveness and cost-effectiveness. *International Journal of Drug Policy*, 103113. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103113>

Notre sixième et dernier article est celui de Deluca & al. (2021). Il présente le même essai à trois bras que l'article Deluca & al. (2020). Cependant, ici il ne se centre que sur l'étude menée auprès de la population à faibles risques⁵⁸.

L'objectif est toujours d'estimer le rapport coût-efficacité d'une intervention brève de prévention sur la consommation excessive d'alcool. L'étude comporte 883 personnes de 14 à 17 ans.

Les interventions et la composition des trois groupes sont les mêmes que précédemment. Les suivis et les éléments évalués par les chercheur-euse-s, eux aussi, sont identiques. Seul-e-s les participant-e-s abstinents-e-s à l'alcool n'étaient pas présenté-e-s dans l'article de Deluca & al. (2020). De plus, le rapport coûts-bénéfices des interventions est présenté différemment dans cet article. Deluca & al. (2021) comparent chacune des deux interventions au dépistage seul et présentent le pourcentage de rentabilité aux seuils de 20'000 ou de 30'000 livres sterling. Grâce à cela, nous pouvons constater que, chez cette population, les interventions n'ont eu aucun effet et ne sont que très peu rentables par rapport au dépistage seul. Nous pouvons donc qualifier les rapports coût-efficacité de faible.

⁵⁸ Score AUDIT-C inférieur à 3.

5.2. Synthèse des articles

Tableau n°4 : Tableaux de synthèse

Auteur-e-s : Marcus O. Klein, Sünje Hammrich, Paul Eggert & Tobias Ankermann Année : 2018 - Pays : Allemagne - Titre : Motivierende Kurzinterventionen nach Krankenhausaufenthalt bei Alkoholintoxikation bei Jugendlichen – Effektive Option sekundärer Prävention?				
Devis et objectifs	Populations	Méthodes / interventions	Résultats	Commentaires
Devis : Étude randomisée contrôlée. Objectifs : Le but de cette recherche est d'étudier l'utilisation des interventions motivationnelles brèves dans le cadre du projet HaLT chez les jeunes de 13 à 17 ans en état stable après une intoxication alcoolique aiguë.	Populations : 48 participant-e-s de 13 à 17 ans ayant été hospitalisés au moins une nuit pour un diagnostic d'intoxication alcoolique aiguë dans une des 2 cliniques de Kiel entre le 1 mars 2011 et le 30 juin 2012. Caractéristiques : <ul style="list-style-type: none"> - 31 garçons et 17 filles. - Âge moyen 16 ans.. - Concentration moyenne d'alcool dans le sang 1,8‰ Critères d'exclusions : <ul style="list-style-type: none"> - Les patient-e-s avec un retard mental. - Les patient-e-s qui n'ont pas été hospitalisés. - Les patient-e-s s'orientant dans un centre de cure spécialisé. Attribution : A été faite de manière randomisée : <ul style="list-style-type: none"> - 28 participant-e-s dans le groupe intérêt (A). - 20 participant-e-s dans le groupe témoin (B). 	Méthodes : Questionnaires standardisés. Interventions : <ul style="list-style-type: none"> - Les participant-e-s du groupe d'intérêt (groupe A) ont eu une discussion motivationnelle de 45 min avec un professionnel durant le séjour dans le service d'urgences. Ils ont également reçu de la documentation d'informations. - Les participant-e-s du groupe de contrôle (groupe B) n'ont eu ni discussion, ni documentation. Outcomes : Tous les participant-e-s ont rempli des questionnaires standardisés à T0, puis par téléphone à T6 semaines et T12 semaines. Les <i>outcomes</i> recherchés étaient : <ul style="list-style-type: none"> - La fréquence de la consommation des parents et du jeune à la maison. - La réaction attendue des parents en apprenant l'événement (uniquement à T0). - La réaction réelle des parents en apprenant l'événement (uniquement à T6 mois). - Le lieu et le groupe de consommation privilégiés. - Le type et la quantité d'alcool consommée par occasion. - La sensation d'avoir trop bu ou non. - La motivation à réduire la consommation. 	Résultats : Ils sont centrés sur les changements dans la manière de boire au travers des critères suivants. <ul style="list-style-type: none"> - Pourcentages ayant moins bu et/ou moins souvent bu de l'alcool durant les douze semaines : <ul style="list-style-type: none"> ● Groupe A : 54 % (15). ● Groupe B : 65 % (13). - Taux n'ayant plus bu de l'alcool durant les douze semaines : <ul style="list-style-type: none"> ● Groupe A : 18% (5). ● Groupe B : 15% (3). - Taux n'ayant plus été ivre durant les douze semaines : <ul style="list-style-type: none"> ● Groupe A : 50% (14). ● Groupe B : 60% (12). - Taux n'ayant pas changé la manière de consommer durant les douze semaines : <ul style="list-style-type: none"> ● Groupe A : 40% (11). ● Groupe B : 30% (6). - Taux ayant augmenté sa consommation durant les douze semaines : <ul style="list-style-type: none"> ● Groupe A : 7% (2). ● Groupe B : 5% (1). Significativité : Les résultats n'ont montré aucune différence significative entre les deux groupes. Tests utilisés pour l'analyse statistique : Les chercheurs ont analysé leurs résultats par le biais du test Chi-Quadrat.	Limites : <ul style="list-style-type: none"> - La petite taille des échantillons et le haut taux d'abandon. - Le manque de temps et d'informations donnés au personnel hospitalier des deux cliniques. - La non-différenciation explicite entre une manière de boire risquée et non risquée - La non-inclusion systématique des parents. Recommandations : <ul style="list-style-type: none"> - L'importance de faire des recherches sur les petites interventions pour l'intoxication alcoolique aiguë. - L'utilité de chercher le moment propice à l'enseignement pour ces petites interventions. - L'utilisation d'interventions isolées n'est pas suffisante pour influencer de manière significative et sur le long cours les comportements liés à l'alcool. - L'importance d'intégrer les parents.

<p>Auteur-e-s : Nicolas Arnaud, Silke Diestelkamp, Lutz Wartberg, Peter-Michael Sack, Anne Daubmann & Rainer Thomasius Année : 2016 - Pays : Allemagne - Titre : <i>Short- to Midterm Effectiveness of a Brief Motivational Intervention to Reduce Alcohol Use and Related Problems for Alcohol Intoxicated Children and Adolescents in Pediatric Emergency Departments: A Randomized Controlled Trial</i></p>				
Devis et objectifs	Populations	Méthodes / interventions	Résultats	Commentaires
<p>Devis : Étude randomisée contrôlée.</p> <p>Objectifs : Cette recherche a pour objectif d'évaluer l'efficacité d'une brève intervention motivationnelle pour réduire la consommation d'alcool et les problèmes associés dans les services d'urgence pédiatriques.</p>	<p>Populations : 320 patient-e-s de moins de 18 ans hospitalisés pour intoxication alcoolique aiguë le weekend dans un service d'urgences pédiatrique de Hambourg.</p> <p>Caractéristiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Âgés de moins de 18 ans. - Diagnostic primaire d'intoxication alcoolique aiguë. - Score CRAFFT > 2. - 50 % hommes, 50% femmes. - Suffisamment remis de l'événement. - Parlant couramment la langue allemande. - Pas gravement blessés. - Facultés non affaiblies mentalement ou physiquement. <p>Critères d'exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée d'hospitalisation de moins de 9 h. - patient-e ne se sentant pas suffisamment bien. - patient-e ne parlant pas suffisamment bien allemand. <p>Attribution : A été faite de manière stratifiée :</p>	<p>Méthodes : Score CRAFFT Questionnaires d'auto-évaluation, brief RAPI, version courte du BIS.</p> <p>Interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans le groupe d'interventions (n=144) : <ul style="list-style-type: none"> • 141 participant-e-s ont bénéficié d'une intervention motivationnelle brève d'une durée d'environ 45 min (Ces interventions brèves centrées sur l'alcool ont eu lieu dans les services d'urgences. Elles se basaient sur les principes de l'entretien motivationnel, du renforcement de la motivation et du conseil directif). • 73 participant-e-s ont bénéficié d'une consultation avec leurs parents. • 105 participant-e-s ont bénéficié d'un entretien dit booster. • Le groupe d'intervention a été contacté par téléphone à T6 semaines. (Afin de renforcer leur motivation à atteindre les objectifs définis lors de la session b-MI et de discuter des obstacles rencontrés dans la réalisation de ces objectifs (5 à 10 min). - Le groupe témoin a reçu une brochure d'information sur les conséquences négatives de l'abus d'alcool, ainsi que les coordonnées du service de conseils sur la consommation de substances psychoactives pour les jeunes, avec une recommandation de contact. <p>Outcomes : Les participant-e-s ont été contactés par téléphone à T3 mois et T6 mois .</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les <i>outcomes</i> primaires s'intéressent aux changements de fréquence de consommation 	<p>Résultats <i>outcomes</i> primaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fréquences moyennes de <i>binge drinking</i> (au cours du mois passé) : <ul style="list-style-type: none"> • Groupe interventions : <ul style="list-style-type: none"> ○ T0 : 2,69. ○ T3 mois : 1,02. ○ T6 mois : 1,21. • Groupe témoin : <ul style="list-style-type: none"> ○ T0 : 2,10. ○ T3 mois : 1,07. ○ T6 mois : 1,15. - Nombres moyens de boissons alcoolisées à une occasion typique : <ul style="list-style-type: none"> • Groupe interventions : <ul style="list-style-type: none"> ○ T0 : 6,69. ○ T3 mois : 4,18. ○ T6 mois : 4,45. • Groupe témoin : <ul style="list-style-type: none"> ○ T0 : 6,32. ○ T3 mois : 4,65. ○ T6 mois : 4,57. - Moyennes de problèmes liés à l'alcool (brief RAPI) : <ul style="list-style-type: none"> • Groupe interventions : <ul style="list-style-type: none"> ○ T0 : 11,26. ○ T3 mois : 4,45. ○ T6 mois : 3,75. • Groupe témoin : <ul style="list-style-type: none"> ○ T0 : 9,72. ○ T3 mois : 4,05. ○ T6 mois : 3,32. <p>Résultats <i>outcomes</i> secondaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation des services de santé : <ul style="list-style-type: none"> • Groupe interventions : <ul style="list-style-type: none"> ○ T3 mois : n = 39 (27,9%). ○ T6 mois : n = 26 (18,1%). • Groupe témoin : <ul style="list-style-type: none"> ○ T3 mois : n = 45 (25,5%). 	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'étude ne se déroulait que le weekend. - Échelle d'évaluations des entretiens motivationnels non actualisée. - La méthode de calcul choisie pour les résultats, fausse à la baisse les résultats du groupe ayant reçu l'intervention. - Les participant-e-s étaient informé-e-s des conditions de l'étude, il y avait donc une possible sous-déclaration de la quantité d'alcool consommée. <p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cette étude met en évidence l'importance d'une intervention dans les services d'urgences pédiatriques. Elle offre une possibilité de rencontres plus importantes avec les jeunes patient-e-s. - Elle met également en lumière l'importance pour les prochaines études de travailler sur les effets des interventions brèves de motivations sur d'autres populations et

	<ul style="list-style-type: none"> - 144 participant-e-s dans le groupe d'intervention. - 176 participant-e-s dans le groupe témoin. 	<p>excessive d'alcool, de nombre de boissons alcoolisées à une occasion typique et de problèmes liés à l'alcool (questionnaires d'auto-évaluation et brief RAPI).</p> <p>- L'<i>outcome</i> secondaire évaluait la proportion de patient-e-s ayant utilisé des services de santé post-hospitalisation (version courte du BIS).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ T6 mois : n = 27 (15,1%). <p>Significativité : Les deux groupes n'ont pas montré de différence significative pour les résultats des <i>outcomes</i> primaires et secondaires.</p> <p>Tests utilisés pour l'analyse statistique : Les chercheurs ont utilisé les modèles ANCOVA, les IC 95%, les valeurs <i>p</i> et les tailles d'effet de Cohen.</p>	<p>sur l'importance du moment propice à l'apprentissage.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

Auteur-e-s : Leanne Hides, Catherine Quinn, Gary Chan, Susan Cotton, Nina Pocuca, Jason P. Connor, Katie Witkiewitz, Mark R.C. Daglish, Ross McD. Young, Stoyan Stoyanov & David J. Kavanagh Année : 2020 - Pays : Australie - Titre : <i>Telephone-based motivational interviewing enhanced with individualised personality-specific coping skills training for young people with alcohol-related injuries and illnesses accessing emergency or rest/recovery services: a randomized controlled trial (QuikFix)</i>				
Devis et objectifs	Populations	Méthodes / interventions	Résultats	Commentaires
Devis : Étude randomisée contrôlée à trois bras. Objectifs : Cette étude a eu pour but d'évaluer si l'entretien motivationnel amélioré par un entraînement individualisé aux techniques d'adaptations spécifiques à la personnalité (<i>QuikFix</i>) était plus efficace que l'entretien motivationnel standard (EM) ou qu'un entretien d'évaluation et d'information sur les risques de l'alcool (AF/I) chez les jeunes souffrant de	Populations : 398 participant-e-s âgé-e-s de 16 à 25 ans souffrant de blessures et/ou de maladies liées à l'alcool ont été recruté-e-s dans un service d'urgences ou un service de réadaptation. Caractéristiques : - Consommer ≥ 6 verres (en une occasion au cours des deux semaines précédentes) - Obtenir un score ≥ 8 au test AUDIT. - 185 hommes et 213 femmes - Âge moyen de 20 ans. - 333 participant-e-s se sont rendu-e-s aux urgences pour une intoxication alcoolique. - 65 participant-e-s se sont présenté-e-s avec des blessures. Critères d'exclusions : - Se présenter aux urgences ou en service de réadaptation pour un	Méthodes : Rémunération lors de la participation et des suivis, entretiens semi-dirigés avec enregistrements audio, questionnaires <i>Timeline Follow back [TLFB]</i> , échelle RAPI, questionnaires AUDIT, échelle SURPS (<i>enquêtes en lignes</i>). Interventions : Les trois interventions commençaient par une conversation sur les événements ayant conduit aux urgences ou au service de réadaptation. - Les participant-e-s du groupe AF/I ont ensuite reçu : • Un <i>assessment feedback</i> personnalisé sur leur consommation d'alcool. • Des informations sur les séquelles physiques, psychologiques et sociales de la consommation d'alcool. • Des stratégies de réduction des risques. - Les participant-e-s du groupe EM ont reçu : • Un AF/I suivie d'un EM pour : ○ Renforcer la préparation et l'engagement à changer leur consommation d'alcool. ○ Négocier des objectifs de changement. ○ Développer un plan de changement.	Résultats : - Estimations ajustées du nombre de boissons standard (au cours du mois passé) : • Groupe AF/I : ○ T1 mois : 36,51. ○ T3 mois : 30,64. ○ T6 mois : 31,27. ○ T12 mois : 34,12. • Groupe EM : ○ T1 mois : 36,56. ○ T3 mois : 31,19. ○ T6 mois : 29,87. ○ T12 mois : 32,61. • Groupe <i>QuikFix</i> : ○ T1 mois : 23,75. ○ T3 mois : 35,00. ○ T6 mois : 33,21. ○ T12 mois : 19,50. - Estimations ajustées du nombre de jours de consommation d'alcool (au cours du mois passé) : • Groupe AF/I : ○ T1 mois : 4,75. ○ T3 mois : 4,34. ○ T6 mois : 4,66. ○ T12 mois : 4,69. • Groupe EM : ○ T1 mois : 4,97. ○ T3 mois : 4,37. ○ T6 mois : 4,25. ○ T12 mois : 4,53. • Groupe <i>QuikFix</i> : ○ T1 mois : 4,20. ○ T3 mois : 4,29.	Limites : - Une autre limite en lien direct avec notre sujet est la localisation. Cette étude a été menée sur un autre continent, les composantes sociétales et culturelles ne sont pas les mêmes qu'en Europe. - La durée moyenne plus longue de l'intervention <i>QuikFix</i> pourrait avoir influencé les résultats. - Les paiements reçus par les participant-e-s ont pu inciter à déclarer une réduction de la consommation d'alcool. - Les participant-e-s du groupe AF/I étaient moins susceptibles d'abandonner le suivi. - La réactivité de l'évaluation pourrait avoir affecté les changements observés dans tous les groupes, car les évaluations seules pourraient à la fois augmenter la conscience des problèmes d'alcool et diminuer la consommation d'alcool. Recommandations : - L'intervention brève <i>QuikFix</i> constitue un moyen efficace et facile à diffuser pour s'attaquer à l'important problème de santé

<p>blessures ou de maladies liées à l'alcool.</p>	<p>problème médical grave ou une blessure traumatique.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ne pas parler couramment l'anglais oral/écrit. - Déficience auditive non modifiée. - QI estimé <70. - Risque élevé de suicide. - Antécédents actuels ou passés de psychose. - Antécédents de lésions cérébrales traumatiques ou de maladie cérébrale organique. - Sevrage aigu actuel d'alcool ou de drogue. - Traitement psychologique ou pharmacologique pour consommation de substances psychoactives au cours du mois précédent. <p>Attribution : A été faite de manière randomisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 132 participant-e-s dans le groupe <i>QuikFix</i>. - 136 participant-e-s dans le groupe EM. - 130 participant-e- dans le groupe AF/I. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les participant-e-s du groupe <i>QuikFix</i> ont reçu <ul style="list-style-type: none"> ● Une première session comprenant l'AF/I et l'IM. ● Une deuxième session comprenant : <ul style="list-style-type: none"> ○ Un AF/I (sur son ou ses deux principaux profils de risques de personnalité). ○ Puis une formation spécifique à leur personnalité (portant sur deux compétences d'adaptation cognitivo-comportementales). - Les trois groupes ont reçu : <ul style="list-style-type: none"> ● Des devoirs à faire et des résumés de sessions envoyés par e-mail et SMS. ● Puis à deux, quatre, huit et dix mois, quatre SMS adaptés au contenu de chaque intervention. - Les groupes EM et <i>QuikFix</i> ont également reçu à deux, quatre, huit et dix mois, quatre appels téléphoniques (5 à 10 min) de la part de leur thérapeute pour leur rappeler le contenu de la session. <p>Outcomes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'<i>outcome</i> primaire (Questionnaire TLFB) évaluait le nombre total de boissons standard (10 g d'éthanol) au cours du mois écoulé. - Les <i>outcomes</i> secondaires (questionnaire RAPI) s'intéressaient : <ul style="list-style-type: none"> ● Au nombre de jours de consommation d'alcool. ● À la moyenne des boissons standard par jour de consommation d'alcool. ● Aux problèmes liés à l'alcool au cours des trois mois précédents. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ T6 mois : 4,48. ○ T12 mois : 3,16. <p>- Estimations ajustées du nombre moyen de boissons standard, par jour de consommation (au cours du mois passé) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Groupe AF/I : <ul style="list-style-type: none"> ○ T1 mois : 7,50. ○ T3 mois : 6,30. ○ T6 mois : 6,44. ○ T12 mois : 7,15. ● Groupe EM : <ul style="list-style-type: none"> ○ T1 mois : 6,81. ○ T3 mois : 6,54. ○ T6 mois : 6,39. ○ T12 mois : 6,48. ● Groupe <i>QuikFix</i> : <ul style="list-style-type: none"> ○ T1 mois : 6,35. ○ T3 mois : 6,98. ○ T6 mois : 6,99. ○ T12 mois : 5,02. <p>- Estimations ajustées du nombre moyen de problème lié à l'alcool :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Groupe AF/I : <ul style="list-style-type: none"> ○ T3 mois : 0,87. ○ T6 mois : 3,37. ○ T12 mois : 2,76. ● Groupe EM : <ul style="list-style-type: none"> ○ T3 mois : 1,05. ○ T6 mois : 3,03. ○ T12 mois : 2,86. ● Groupe <i>QuikFix</i> : <ul style="list-style-type: none"> ○ T3 mois : 1,23. ○ T6 mois : 3,50. ○ T12 mois : 3,41. <p>Significativité : Ces résultats indiquent que <i>QuikFix</i> est plus efficace que l'AF/I et l'IM pour réduire la quantité d'alcool consommée par les jeunes à court et à long terme. Pourtant <i>QuikFix</i> ne montre aucun impact sur les problèmes liés à l'alcool. Le niveau de signification global a été fixé à $p = 0,0017$.</p> <p>Tests utilisés pour l'analyse statistique : Toutes les analyses ont été effectuées avec STATA.</p>	<p>publique que constituent la consommation d'alcool et les dommages qui y sont liés chez les jeunes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des recherches futures sont nécessaires pour reproduire ces résultats, en utilisant des mesures plus appropriées à l'âge des participant-e-s pour déterminer la durabilité des effets positifs au-delà de 12 mois. - Néanmoins, l'étude actuelle démontre que l'EM renforcée par une formation individualisée aux techniques d'adaptations spécifiques à la personnalité, a eu des effets plus forts et plus durables sur la consommation d'alcool des jeunes.
---------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Auteur-e-s : Alan K. Davis, Brooke J. Arterberry, Erin E. Bonar, Stephen T. Chermack, Frederic C. Blow, Rebecca M. Cunningham & Maureen A. Walton Année : 2018 - Pays : Etats-Unis - Titre : <i>Predictors of positive drinking outcomes among youth receiving an alcohol brief intervention in the emergency department</i>				
Devis et objectifs	Populations	Méthodes / interventions	Résultats	Commentaires
Devis : Étude randomisée contrôlée. Objectifs : L'étude actuelle présente des analyses de données secondaires sur des jeunes âgés de 14 à 20 ans dans un service d'urgences ayant obtenu un résultat positif à l'AUDIT-C et ayant reçu une intervention brève sur l'alcool dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé.	Populations : 475 participant-e-s de 14 à 20 ans ayant répondu au suivi T3 mois de l'étude de base et ayant obtenu un résultat positif à l'AUDIT-C (> 3 pour les 14-17 ans et > 4 pour les 18-20 ans). Caractéristiques : - Âge moyen 18,6 ans. - 48,7 % femmes et 51,3% hommes. - 78,6% de blancs & caucasiens. - 10 % afro-américains. - 11 % autres. Critères d'exclusions : - Psychose - Tentative /idée de suicide. - Aggression sexuelle. - Incapacité médicale ou psychiatrique. Attribution : A été faite de manière randomisée: - 277 participant-e-s dans le groupe	Méthodes : Rémunération lors de la participation et des suivis, Auto-questionnaires AUDIT-C, ASSIST, BSI, un score sommaire sur l'influence des pairs, le soutien parental et la consommation de substances psychoactives des parents, une échelle visuelle analogique en 10 points mesurant les constructions motivationnelles de base, version courte du RAPI Interventions : Bien qu'il y ait eu des différences dans le mécanisme d'exécution, le CBI et le TBI étaient similaires dans leur contenu et conçus en utilisant la théorie et les principes de l'entretien motivationnel. Les deux interventions brèves comprenaient un examen/discussion des forces personnelles, des objectifs/valeurs et du <i>feedback</i> normatif, suivi d'un examen/discussion des conséquences potentielles de la consommation d'alcool et des avantages d'une réduction de la consommation. Outcomes : - La fréquence (ASSIST) de consommation de substances illicites. - La fréquence de recours à trois médicaments sur ordonnance pour un usage non-médical (c.-à-d. sédatifs, stimulants, opioïdes). - La consommation de tabac. - Le degré de gêne des symptômes d'anxiété et de dépression (BIS) au cours de la semaine précédant l'enquête de référence - Mesures de l'influence positive et négative des pairs, du soutien parental, de la consommation de substances psychoactives des parents.	Résultats : Les chercheurs n'ont pas séparé les résultats selon les deux groupes d'interventions mais les ont présentés selon les participant-e-s ayant montré une réduction de leurs consommations d'alcool (grâce aux interventions) et selon ceux n'ayant montré aucune réduction de leurs consommations d'alcool. - Usages de substances : • Moyennes des prises de marijuana (30 derniers jours) = 6,5 / 6,9. • Pourcentages de prise de drogues illicites = 18% / 16,1%. • Pourcentages de prise de médicaments d'ordonnance non médicaux = 25,4% / 22,9%. • Moyennes des prises d'alcool (au cours des 30 derniers jours) = 4,7 / 7,1. • Fréquences moyennes de la consommation excessive d'alcool (30 derniers jours) = 2,2 / 3,6. • Moyennes du nombre total de conséquences de l'alcool = 3,5 / 3,4. • Pourcentages d'usage de tabac (12 derniers mois) = 59,8% / 62,3%. - Santé mentale : • Moyennes du nombre total de symptômes de dépression = 6,2 / 4,8. • Moyennes du nombre total de symptômes d'anxiété = 4,4 / 3,8. - Facteurs de protection et de risques : • Moyennes de soutien parental = 22,6 / 23,7. • Moyennes d'approbation parentale de la consommation de substances = 9,2 / 9,0. • Moyennes de consommation de substances psychoactives par les parents = 12,2 / 12,2. • Moyennes des influences positives des pairs = 11,7 / 12,2. • Moyennes des influences négatives des pairs = 20,1 / 20,1. • Pourcentages de participations communautaires = 50,0% / 45,3%. • Pourcentages ayant un-e mentor-esse = 88,5% / 78,5%. - Motivation pour le changement : • Moyennes étant disposé-e-s à changer de règles = 4,9 / 3,3.	Limites : - Une limite en lien direct avec notre sujet est la localisation. Cette étude a été menée sur un autre continent, les composantes sociétales et culturelles ne sont pas les mêmes qu'en Europe. - Les auteur-e-s font état de l'appartenance ethnique majoritairement caucasienne et donc ne peut être répliquée à toutes les populations ethniques. - L'étude se faisant au moyen d'une auto-évaluation, un biais existe donc réellement. - Il est aussi fait état de l'influence des pairs négatifs, qui auraient tendance à faire abandonner le suivi de l'étude à certain-e-s patient-e-s. - Finalement, bien que dans la plupart des cas une brève intervention menée comme l'étude le prévoyait, il serait bénéfique de prolonger les interventions chez certain-e-s patient-e-s. Recommandations : - Cette étude met en évidence l'importance d'une intervention dans les services d'urgences pédiatriques. Elle offre une possibilité de rencontres plus importante avec les jeunes patient-e-s et une sélection de ceux ayant un comportement à risques. - Elle met également en lumière l'efficacité et la faisabilité d'une intervention sous forme informatique et d'auto-test.

	<p>d'intervention brève dispensée par un thérapeute (TBI).</p> <p>- 278 participant-e-s dans le groupe d'intervention brève dispensée par un ordinateur (CBI).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mesures des constructions motivationnelles de base. - Évaluer (S-RAPI) les conséquences liées à l'alcool au cours des trois mois précédant l'enquête de référence. 	<ul style="list-style-type: none"> - Répartition dans les groupes d'interventions : <ul style="list-style-type: none"> • Pourcentages dans le groupe CBI = 52,2% / 49,0%. • Pourcentages dans le groupe TBI = 47,5% / 51,3%. <p>Significativité : Les conclusions de cette étude démontrent qu'un quart des jeunes recevant une brève intervention dans un service d'urgences ont réduit leur consommation d'alcool en-dessous des guidelines d'une consommation à risques.</p> <p>Tests utilisés pour l'analyse statistique : Les chercheurs ont utilisé les tests Chi-square et t-test pour examiner les différences de caractéristiques des groupes. Ils ont également utilisé le MPlus version 8.0 pour toutes les analyses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pour autant, il convient de rester vigilant-e-s quant aux patient-e-s ayant un haut niveau de consommation, de surveiller les symptômes dépressifs associés et de promouvoir les pairs positifs et autres mentor-esse-s. - Il faut rester attentif-ve-s à certains types de patient-e-s plus vulnérables afin qu'ils puissent bénéficier de la prolongation du suivi.
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Auteur-e-s : Paolo Deluca, Simon Coulton, Mohammed Fasihul Alam, Sadie Boniface, Kim Donoghue, Eilish Gilvarry, Eileen Kaner, Ellen Lynch, Ian Maconochie, Paul McArdle, Ruth McGovern, Dorothy Newbury-Birch, Robert Patton, Tracy Pellatt-Higgins, Ceri Philips, Thomas Philips, Rhys Pockett, Ian T. Russell, John Strang & Colin Drummond</p> <p>Année : 2020 - Pays : Grande-Bretagne - Titre : <i>Linked randomised controlled trials of face-to-face and electronic brief intervention methods to prevent alcohol-related harm in young people aged 14–17 years presenting to emergency departments.</i></p>				
Devis et objectifs	Populations	Méthodes / interventions	Résultats	Commentaires
<p>Devis : Double étude randomisée contrôlée à trois bras.</p> <p>Objectifs : L'objectif était de mener deux ERC liés pour évaluer l'efficacité clinique et le rapport coût-efficacité des stratégies d'interventions brèves par rapport au dépistage seul. Un essai s'est concentré sur les adolescent-e-s buveur-euse-s à hauts risques qui fréquentent</p>	<p>Populations : 1639 participant-e-s adolescent-e-s entre 14 et 17 ans inclus se sont présenté-e-s dans l'un des dix services d'urgences des régions du Nord-est, du Yorkshire et Humber et de Londres en Grande-Bretagne. L'étude portait sur les personnes qui consommaient de l'alcool à des niveaux à risques pour leur santé, plutôt que sur les consultations liées à l'alcool.</p> <p>Caractéristiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alertes et orientées. - Parlent suffisamment bien l'anglais pour compléter l'évaluation. - Habitent dans un rayon de 30 km des urgences. - Capables de donner leur consentement éclairé. - Possèdent un smartphone ou un accès internet à domicile. <p>Critères d'exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blessure grave nécessitant un traitement immédiat. - Graves problèmes de santé mentale/psychologiques. - État d'ébriété avancé. - Traitement contre l'alcoolisme/toxicomanie (au cours des six derniers mois) - Participer à une autre étude sur l'alcool. <p>Attribution : A été faite de manière randomisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 756 participant-e-s dit à hauts risques (AUDIT-C > 3). 	<p>Méthodes : Rémunération lors de la participation et des suivis, entretiens semi-dirigés et questionnaires : AUDIT-C, ESPAD, <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i>, EuroQol-5, score QALY Dimensions, collectes des données par le biais d'une interface électronique sur mesure.</p> <p>Interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le groupe contrôle a reçu le dépistage uniquement (AUDIT-C). - L'intervention PFBA est un conseil bref structuré et personnalisé qui prend environ 5 min et qui est délivré en une seule séance. • Elle est basée sur le modèle FRAMES et sur une brochure de conseils adaptés au groupe d'âge cible. • L'intervention a été dispensée dans une pièce calme des urgences. • Chaque participant-e a reçu un exemplaire du dépliant, qui comprenait des informations supplémentaires sur l'alcool, l'intoxication alcoolique, l'empoisonnement par l'alcool et l'alcool et la loi. - L'intervention sur smartphone eBI est une application utilisant le concept de gamification afin que les utilisateurs puissent naviguer, explorer, apprendre des faits et des chiffres sur l'alcool, recevoir un retour personnalisé et fixer des objectifs dans un format attrayant. • Les informations et les conseils, adaptés aux risques de chaque participant-e, étaient similaires à ceux fournis dans l'intervention PFBA. • L'application a été installée sur le smartphone des participant-e-s pendant leur séjour aux urgences. <ul style="list-style-type: none"> ○ Dans les cas où ils n'avaient pas accès à leur téléphone, un e-mail ou SMS leur a été envoyé pour leur rappeler de la télécharger. ○ Deux autres rappels (e-mail et SMS) ont été envoyés dans les deux semaines suivantes à ceux qui n'avaient pas installé l'application sur leur smartphone. 	<p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de verres standard d'alcool par semaine dans les groupes à faible et hauts risques (quadrants moyens ajustés) : <ul style="list-style-type: none"> • Groupe contrôle : <ul style="list-style-type: none"> ○ T6 mois : 0,06 / 2,42. ○ T12 mois : 0,10 / 2,99. • Groupe PFBA : <ul style="list-style-type: none"> ○ T6 mois : 0,04 / 2,13. ○ T12 mois : 0,12 / 3,56. • Groupe eBI : <ul style="list-style-type: none"> ○ T6 mois : 0,05 / 2,33. ○ T12 mois : 0,10 / 3,18. - Scores AUDIT-C dans les groupes à faibles et hauts risques (quadrants moyens ajustés) : <ul style="list-style-type: none"> • Groupe contrôle : <ul style="list-style-type: none"> ○ T6 mois : 0,14 / 4,64. ○ T12 mois : 0,22 / 5,04. • Groupe PFBA : <ul style="list-style-type: none"> ○ T6 mois : 0,08 / 4,30. ○ T12 mois : 0,21 / 5,25. • Groupe eBI : <ul style="list-style-type: none"> ○ T6 mois : 0,06 / 4,64. ○ T12 mois : 0,21 / 5,12. - Difficultés liées à l'alcool (nombre total) dans les groupes à faible et haut risque (quadrants moyens ajustés) (Symptôme émotionnel, problèmes de conduite, hyperactivité, problèmes sociaux et avec les pairs) <ul style="list-style-type: none"> • Groupe contrôle : <ul style="list-style-type: none"> ○ T12 mois : 10,8 / 11,0. • Groupe PFBA : <ul style="list-style-type: none"> ○ T12 mois : 10,2 / 10,9. • Groupe eBI : <ul style="list-style-type: none"> ○ T12 mois : 10,4 / 10,9. 	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Certains participant-e-s potentiel-le-s (25 patient-e-s) ont été exclu-e-s, car ils/elles ne possédaient pas de smartphone ou n'avaient pas accès à Internet. Ce facteur ne permettrait pas de recevoir l'intervention. - Malgré le grand nombre de participant-e-s de l'étude, celle-ci comprend beaucoup de critères d'exclusions qui pourraient exclure certains types de populations de l'étude. - 84,9 % de l'échantillon ont classé leur ethnie comme étant blanche. <p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le cadre du service des urgences a, pour les participant-

les urgences et l'autre sur ceux identifiés comme étant à faible risque ou abstinent-e-s à l'alcool.	<ul style="list-style-type: none"> ● 241 participant-e-s dans le groupe contrôle. ● 263 participant-e-s dans le groupe PFBA. ● 252 participant-e-s dans le groupe eBI. <p>- 883 participant-e-s dits à faible risque (AUDIT-C < 3).</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 304 participant-e-s dans le groupe contrôle. ● 285 participant-e-s dans le groupe PFBA. ● 294 participant-e-s dans le groupe eBI. 	<p>Outcomes : Les participant-e-s ont été contactés par un membre de l'équipe de recherches à T6 mois et T12 mois pour réaliser un entretien de suivi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'<i>outcome</i> primaire (Questionnaire AUDIT-C) évalue la quantité totale d'alcool consommée en unités standard britanniques (au cours des 3 mois précédents). - L'<i>outcome</i> secondaire (questionnaire ESPAD) s'intéresse aux conséquences de la consommation d'alcool et l'adhérence thérapeutique des participant-e-s. - L'<i>outcome</i> économique est une mesure basée sur les préférences calculées à partir de l'EQ-5D-5L. 	<p>- Coûts des interventions dans les groupes à faibles et hauts risques (en livres sterling) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Groupe contrôle : 1132 / 1703. ● Groupe PFBA : 1735 / 1726. ● Groupe eBI : 1884 / 2110. <p>Significativité : Dans les essais à faible et à hauts risques, aucune différence significative n'a été observée entre les interventions.</p> <p>Tests utilisés pour l'analyse statistique : Pour l'analyse statistique, les chercheurs ont utilisé le SAS software et le Wilcoxon. Pour l'analyse financière, ils ont utilisé le EQ-5D-5L score.</p>	<p>e-s, constitué un contexte propice à la conduite de la recherche.</p> <p>- L'étude n'a pas impliqué les parents des participant-e-s afin de protéger les données relatives à la consommation du jeune.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Auteur-e-s : Paolo Deluca, Simon Coulton, Mohammed Fasihul Alam, Sadie Boniface, David Cohen, Kim Donoghue, Eilish Gilvarry, Eileen Kaner, Ian Maconochie, Paul McArdle, Ruth McGovern, Dorothy Newbury-Birch, Robert Patton, Tracy Pellatt-Higgins, Ceri Phillips, Thomas Phillips, Rhys D. Pockett, Ian Russell, John Strang, Colin Drummond</p> <p>Année : 2021 - Pays : Grande-Bretagne - Titre : <i>Brief interventions to prevent excessive alcohol use in adolescents at low-risk presenting to Emergency Departments: Three-arm, randomised trial of effectiveness and cost-effectiveness</i></p>				
Devis et objectifs	Populations	Méthodes / interventions	Résultats	Commentaires
<p>Devis : Étude randomisée contrôlée à trois bras.</p> <p>Objectifs : Cet essai estime le rapport/efficacité d'une intervention brève de prévention de la consommation excessive d'alcool chez les adolescent-e-s à faibles risques se présentant aux services d'urgences.</p>	<p>Populations : 883 participant-e-s âgés de 14 et 17 ans inclus se présentent dans l'un des dix services d'urgences des régions du Nord-est, du Yorkshire et Humber et de Londres en Grande-Bretagne. Les participant-e-s avaient obtenu un score maximal de 2 à l'AUDIT-C et étaient donc considéré-e-s comme à faibles risques de consommation.</p> <p>Caractéristiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alertes et orientées. - Parlent suffisamment bien l'anglais (pour compléter l'évaluation). - Habitent dans un rayon de 30 km des urgences. - Capables de donner leur consentement éclairé. - Possèdent un smartphone ou un accès internet à domicile. - Âge moyen 15,1 ans. - 51 % de femmes. - 62 % de blancs. - Âge moyen du premier verre 13,8 ans. - Consommation hebdomadaire moyenne d'alcool 0,14 unité. - 59,2% se sont rendus aux urgences pour une blessure ou d'un accident corporel. - 7,6% pour une infection. 	<p>Méthodes : Rémunération lors de la participation et des suivis, AUDIT-C sur une tablette électronique, ESPAD, <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i>, EuroQol-5, score QALY <i>Dimensions</i>, CSRI</p> <p>Interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le groupe contrôle a reçu le dépistage uniquement (AUDIT-C). - L'intervention PFBA est un conseil bref structuré et personnalisé qui prend environ 5 min et qui est délivré en une seule séance. <ul style="list-style-type: none"> ● Elle est basée sur le modèle FRAMES et sur une brochure de conseils adaptée au groupe d'âge cible. ● L'intervention a été dispensée dans une pièce calme des urgences et a été adaptée aux risques de chaque participant-e-s. ● Chaque participant-e a reçu un exemplaire du dépliant, qui comprenait des informations supplémentaires sur l'alcool, l'intoxication alcoolique, l'empoisonnement par l'alcool et la loi. - L'intervention sur smartphone eBI est une application utilisant le concept de gamification afin que les utilisateurs puissent naviguer, explorer, apprendre des faits et des chiffres sur l'alcool, recevoir un retour personnalisé et fixer des objectifs dans un format attrayant. ● Les informations et les conseils adaptés aux risques de chaque participant-e étaient similaires à ce qui était fourni dans le bras d'intervention de la PFBA. 	<p>Résultats:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pourcentages de participant-e-s abstinents : <ul style="list-style-type: none"> ● Groupe contrôle : <ul style="list-style-type: none"> ○ T0 : 82%. ○ T6 mois : 95%. ○ T12 mois : 100%. ● Groupe PFBA : <ul style="list-style-type: none"> ○ T0 : 73%. ○ T6 mois : 73%. ○ T12 mois : 92%. ● Groupe eBI : <ul style="list-style-type: none"> ○ T0 : 81%. ○ T6 mois : 97%. ○ T12 mois : 100%. - Moyennes ajustées du nombre de verres d'alcool consommés par semaine : <ul style="list-style-type: none"> ● Groupe contrôle : <ul style="list-style-type: none"> ○ T0 : 0,14. ○ T6 mois : 0,06. ○ T12 mois : 0,10. ● Groupe PFBA : <ul style="list-style-type: none"> ○ T0 : 0,14. ○ T6 mois : 0,04. ○ T12 mois : 0,12. ● Groupe eBI : <ul style="list-style-type: none"> ○ T0 : 0,15. ○ T6 mois : 0,05. ○ T12 mois : 0,30. - Moyennes ajustées du score AUDIT-C : <ul style="list-style-type: none"> ● Groupe contrôle : <ul style="list-style-type: none"> ○ T0 : 0,38. ○ T6 mois : 0,14. ○ T12 mois : 0,22. ● Groupe PFBA : <ul style="list-style-type: none"> ○ T0 : 0,40. 	<p>Limites : Seulement un tiers des participant-e-s se sont engagé-e-s lors de leur retour à domicile. L'engagement des participant-e-s envers l'intervention était donc faible et aurait probablement réduit l'effet de l'eBI comparé à un dépistage uniquement. Les auteur-e-s expliquent cette limite par le reflet d'une réalité de l'engagement attendu de la population dans ce contexte (notamment car l'engagement repose sur eux-mêmes) et le fait que la majorité des applications ne sont plus utilisées au-delà d'un mois après leur téléchargement. De plus, les chercheur-euse-s savaient que le résultat primaire - la consommation hebdomadaire d'alcool au 12^{ème} mois était généralement biaisé positivement dans cette population.</p> <p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une intervention électronique ne semble pas être efficace sur le

	<p>- 6,1% pour un problème gastro-intestinal.</p> <p>Critères d'exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blessure grave nécessitant un traitement immédiat. - Graves problèmes de santé mentale/ psychologique. - État d'ébriété avancé. - Traitement contre l'alcoolisme/ toxicomanie (au cours des six derniers mois). - Participer à une autre étude sur l'alcool. <p>Attribution : A été faite de manière randomisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 304 participant-e-s dans le groupe contrôle. - 285 participant-e-s dans le groupe PFBA. - 294 participant-e-s dans le groupe eBI. 	<ul style="list-style-type: none"> ● L'application a été installée sur le smartphone du participant-e pendant son séjour aux urgences. <ul style="list-style-type: none"> ○ Dans les cas où ils n'avaient pas accès à leur téléphone, un e-mail ou SMS leur a été envoyé pour leur rappeler de la télécharger. ○ 2 autres rappels (e-mail et SMS) ont été envoyés dans les deux semaines suivantes à ceux qui n'avaient pas installé l'application sur leur smartphone. <p>Outcomes : Les participant-e-s ont été contactés par un membre de l'équipe de recherche à T6 mois et T12 mois pour réaliser un entretien de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'<i>outcome</i> primaire (Questionnaire AUDIT-C) évaluait la quantité totale d'alcool consommée en unités standard britanniques (au cours des 3 mois précédents) - L'<i>outcome</i> secondaire (questionnaire ESPAD) s'intéresse à T6 mois et T12 mois aux conséquences de la consommation d'alcool et de l'adhérence des participant-e-s - L'<i>outcome</i> économique était une mesure basée sur les préférences calculées à partir de l'EQ-5D-5L. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ T6 mois : 0,08. ○ T12 mois : 0,21. ● Groupe eBI : <ul style="list-style-type: none"> ○ T0 : 0,43. ○ T6 mois : 0,06. ○ T12 mois : 0,21. <p>- Moyennes ajustées du nombre de difficultés rencontrées liées à l'alcool :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Groupe contrôle : <ul style="list-style-type: none"> ○ T0 : 10,9. ○ T12 mois : 10,8. ● Groupe PFBA : <ul style="list-style-type: none"> ○ T0 : 10,7. ○ T12 mois : 10,2. ● Groupe eBI : <ul style="list-style-type: none"> ○ T0 : 11,0. ○ T12 mois : 10,4. <p>- Pourcentages des interventions étant rentables (aux seuils de 20 000 et 30 000 £) par rapport aux interventions de contrôle.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Groupe PFBA : 26% & 36% . ● Groupe eBI : moins de 9%. <p>Significativité : Une analyse minutieuse n'a détecté aucune différence statistiquement significative pour aucun des <i>outcomes</i>.</p> <p>Tests utilisés pour l'analyse statistique : Pour l'analyse statistique, les chercheurs ont utilisé le SAS software et le Wilcoxon. Pour l'analyse financière, ils ont utilisé le EQ-5D-5L score.</p>	<p>public ciblé par les chercheurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'outil utilisé (application) n'est peut être pas le plus adapté dans ce contexte. - Le fait que l'implication repose sur eux-mêmes représente certainement un frein à l'engagement.
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6. DISCUSSION

Afin de répondre à notre question de recherches, il est désormais temps pour nous d'analyser et de comparer les interventions au travers de cette discussion. Pour cela nous avons réalisé un tableau comparatif.

Tableau n°5 : *Tableau comparatif*

			Klein & al. (2018)	Arnaud & al. (2016)	Hides & al. (2020)	Davis & al. (2018)	Deluca & al. (2020)	Deluca & al. (2021)
Devis	Types d'études randomisées contrôlées	Simple	X	X		X		
		A trois bras			X		X	X
		Double					X	
	Zones géographiques	Europe	X	X			X	X
		Etats-unis				X		
		Australie			X			
	Randomisation	Simple	X		X	X	X	X
		Stratification		X				
Populations	Nombre de participant-e-s	< 50	X					
		300 - 500		X	X	X		
		800 - 1000						X
		1500- 2000					X	
	Âges	≤ 13 ans	X	X				
		14-15 ans	X	X		X	X	X
		16-17 ans	X	X	X	X	X	X
		18-20 ans			X	X		
		21-25 ans			X			
	Homogénéité			X	X		X	X
	Critères d'exclusion	Obstacles à la communication	X	X	X	X	X	X
		Troubles psychiques ou mentaux	X	X	X	X	X	X
		Troubles somatiques			X		X	X
		Traitement d'une dépendance			X		X	X

	Motifs d'hospitalisation	Intoxication alcoolique aiguë / blessures liées à l'alcool	X	X	X			
		Autres				X	X	X
	Dépistages	Buveur-euse-s à faibles risques		X			X	X
		Buveur-euse-s à risques élevés			X	X	X	
Interventions	Entretiens ou documentations d'informations			X	X		X	X
	Entretiens motivationnels		X	X	X	X		
	Interventions sur ordinateur et/ou smartphone					X	X	X
	Nombre de sessions d'interventions	Session unique	X	X		X	X	X
		Deux sessions			X			
	Implication des parents dans les entretiens			X				
Suivis des résultats	Temporalité	Un mois			X			
		Six semaines	X					
		Trois mois	X	X	X	X		
		Six mois		X	X		X	X
		Douze mois			X	X	X	X
	Méthodes de suivis	Appels téléphoniques	X	X	X		X	X
		Auto-tests informatisés				X		
	Adhésions aux suivis	> 80%		X	X	X		
		< 79 %	X				X	X
		Rémunération des participant-e-s			X	X	X	X
Outcomes	Types de consommation		X	X	X	X	X	X
	Complications physiques et/ ou psychiques liées à l'alcool			X	X	X	X	X
	Utilisation d'autres substances					X		
	Impacts sociaux		X			X		
	Motivation aux changements			X		X		
	Coût-efficacité						X	X

6.1. Devis

6.1.1. Type d'ERC

Comme nous l'avons dit précédemment, nous n'avons choisi que des articles scientifiques de type ERC. Pourtant, même si toutes questionnent l'efficacité d'interventions, les différentes études n'ont pas été menées de la même manière.

Klein & al. (2018), Arnaud & al. (2016) et Davis & al. (2018) ont mené trois ERC que nous avons qualifiés de simples. Elles comparent deux groupes d'interventions, un expérimental et un de contrôle. Comme le notifient White & al. (s.d.), cette configuration est le modèle le plus simple d'ERC. Cependant, les auteur-e-s ajoutent que des variations existent. Hides & al. (2020) et Deluca & al. (2021) n'ont pas comparé deux interventions, mais trois. En plus d'une intervention de contrôle, ces études présentent deux interventions expérimentales. Cette subtilité explique la dénomination d'étude à trois bras. Au-delà de la comparaison avec le groupe de contrôle, cette modalité nous permet de confronter les nouvelles interventions directement entre elles auprès d'un même échantillon cible.

C'est sur ce dernier point que l'article de Deluca & al. (2020) se différencie. Les auteur-e-s, qui qualifient eux/elles-même leurs études de doubles ERC, ont mené deux essais à trois bras sur deux types de publics différents. Cela permet, de ce fait, d'analyser l'efficacité en fonction du public.

6.1.2. Zone géographique

Nos différentes études ont été réalisées dans trois parties du monde : l'Europe, les Etats-Unis et l'Australie. En fonction des lieux d'études, nous pouvons considérer que ces études sont plus ou moins applicables en Suisse. En effet, comme décrit précédemment, la consommation d'alcool des adolescent-e-s dépend notamment des spécificités culturelles, du niveau socio-économique et des lois en vigueur dans le lieu de vie. Ainsi, une intervention ayant montré des résultats dans un pays n'est pas forcément transposable dans un autre. Certains pays ont des standards culturels plus proches des nôtres. Nous pouvons supposer que cela facilite l'application d'interventions tout en montrant des résultats similaires.

De ce fait, nous partons du postulat que les ERC de Klein & al. (2018), Arnaud & al. (2016) Deluca & al. (2020) et Deluca & al. (2021) sont plus applicables en Suisse que celles de Hides & al. (2020) et Davis & al. (2018).

6.1.3. Randomisation

Au-delà, du type d'ERC et de la zone géographique, la randomisation des études est également menée différemment en fonction des articles. Selon White & al. (s.d), la randomisation est représentative de la modalité de répartition d'une population dans un ERC. Toutes nos études ont recours à une randomisation simple⁵⁹ hormis celle d'Arnaud & al. (2016) qui utilisent une répartition stratifiée⁶⁰. Selon White & al. (s.d), cette technique est adoptée lorsque des variables clés sont susceptibles d'influencer les résultats.

Dans l'étude de Arnaud & al. (2016), les 316 adolescent-e-s ont été répartis de façon à ce que chaque groupe présente les mêmes caractéristiques et puisse ainsi être représentatif de la population générale. On observe ainsi que contrairement à nos autres ERC, le nombre de participant-e-s dans chaque groupe n'était pas identique.

6.2. Population

6.2.1. Nombre de participant-e-s

Le nombre de participant-e-s des différentes études sélectionnées pour ce travail varie entre 48 et 1639. Les écarts de populations étant importants, la question de la représentativité se pose. Nous pouvons supposer que l'échantillon de Klein & al. (2018), rassemble un nombre insuffisant de personnes pour être caractéristique de la population générale des adolescent-e-s. Cependant, la taille est insuffisante pour affirmer qu'un échantillon est représentatif ou non. Nous devons également nous baser sur les critères de sélection des participant-e-s.

⁵⁹ « Les individus ou les sites sont répertoriés puis répartis entre le groupe expérimental et le groupe contrôle au moyen d'un générateur de nombres aléatoires » (White & al., s.d, p.6).

⁶⁰ « Cette méthode permet de répartir les principales variables de façon équilibrée entre le groupe expérimental et le groupe contrôle » (White & al., s.d, p.7).

6.2.2. Âge

L'âge est un des critères de sélection propre à chaque article. Pour traiter notre problématique, nous avons choisi de nous intéresser aux adolescent-e-s de 13 à 17 ans.

Comme nous pouvons le voir dans le tableau comparatif, Klein & al. (2018), Arnaud & al. (2016) Deluca & al. (2020) et Deluca & al. (2021) ont centré leur ERC sur des populations de moins de 18 ans.

Hides & al. (2020) et Davis & al. (2018) abordent la problématique de l'IAA auprès d'adolescent-e-s âgé-e-s de 16 à 25 ans. Les populations d'intervention, ayant en moyenne 19-20 ans, se situent dans la limite haute de notre tranche d'âge. On peut supposer que les situations de ces jeunes sont légèrement différentes de celles traitées par les autres études. Pour autant, elles nous ont été d'un intérêt certain.

Comme nous le verrons dans la suite de cette discussion, l'ERC de Hides & al. (2020) est la seule présentant la différence significative d'une intervention par rapport au groupe contrôle. Cela nous laisse supposer que les prises de conscience et les transitions sont plus faciles à aborder avec une population légèrement plus âgée. Chez de jeunes adolescent-e-s, ces processus semblent plus complexes. On peut supposer que cela est lié à la prise de conscience de la santé arrivant plus tardivement. Travailler avec les populations plus jeunes présente, de ce fait, un enjeu majeur pour les infirmier-ère-s et les autres soignant-e-s.

6.2.3. Homogénéité

On peut observer dans toutes les études que l'homogénéité entre les genres dans les échantillons est respectée. Toutefois, seules les études de Davis & al. (2018) et Deluca & al. (2021) mentionnent la proportion de personnes blanches. Cette donnée est intéressante car elle permet d'approfondir la notion de représentativité des échantillons. Dans l'article de Deluca & al. (2021), les proportions entre personnes racisées et blanches sont quasiment respectées avec 62 % de personnes blanches. Tandis que, dans l'article de Davis & al. (2018), celle-ci s'élève à 79% et seulement 10 % de personnes afro-américaines. Cela nous amène à nous interroger sur la représentativité de l'étude.

6.2.4. Critères d'exclusion

Tout le monde ne peut pas participer à une étude. C'est pourquoi, les auteur-e-s définissent des critères d'exclusion. Ces derniers peuvent différer.

Tous les articles que nous avons sélectionnés, considèrent, pour des raisons évidentes, que les barrières à la communication⁶¹ constituent un critère d'exclusion. Cependant, seuls Hides & al. (2020), Deluca & al. (2020) et Deluca & al. (2021) incluent les troubles somatiques dans cette catégorie. Cela s'explique certainement par le fait que la priorité est mise sur la prise en soins physique.

Tous les auteur-e-s s'accordent sur le fait que les troubles psychiques ou mentaux peuvent fausser les résultats de l'étude. On remarque également que les traitements d'une dépendance constituent un critère d'exclusion dans les articles de Hides & al. (2020), Deluca & al. (2020) et Deluca & al. (2021). Cela est compréhensible car ces dernières représentent un possible biais dans l'analyse des résultats. Toutefois, les personnes présentant des maladies psychiques sont omniprésentes dans les problématiques liées à l'alcool. D'ailleurs, Falcheri (2011), met en exergue que « 50 à 70% des personnes souffrant de dépendance à l'alcool souffriraient en même temps de troubles psychiatriques majeurs. » (s.p.). Même si cette donnée s'applique à la population générale, la Fédération pour la Recherche sur le Cerveau [FRC] (s.d.) ajoute que « Dans la majorité des cas, c'est à l'adolescence, entre 15 et 20 ans que ces troubles se manifestent, de façon le plus souvent aiguë » (s.p.).

6.2.5. Motif d'hospitalisation

Dans toutes nos études, les participant-e-s ont été recruté-e-s dans des structures hospitalières⁶². Pourtant, les raisons qui les y ont amenées diffèrent.

D'un côté, dans nos deux ERC allemand et australien, les participant-e-s ont tous été pris en soins pour un diagnostic d'IAA ou de blessures liées à l'alcool.

D'un autre côté, dans leurs articles, Deluca & al. (2020) et Deluca & al. (2021) ne mentionnent pas de lien entre les motifs d'hospitalisation des participant-e-s et l'alcool. De plus, nous savons que seuls 15% des participant-e-s à l'essai de Davis & al. (2018) ont été reçus aux urgences pour un problème lié à l'alcool.

⁶¹ Appareil auditif, maîtrise de la langue.

⁶² Services d'urgences, de réadaptation ou psychiatrique.

6.2.6. Dépistage

Dans toutes les études, hormis celle de Klein & al. (2018), les chercheur-euse-s ont utilisé des outils de dépistage de la consommation d'alcool. Dans nos articles, nous en avons identifié trois. Ces questionnaires ont permis aux chercheur-euse-s d'identifier le niveau de risques.

Arnaud & al. (2016) utilisent l'entretien de dépistage CRAFFT. Pour leur ERC, ils/elles incluent uniquement des participant-e-s ayant un résultat supérieur à 2. Selon Stauffer Babel (2015), c'est à partir de ce score que le dépistage est positif.

Les deux autres outils sont l'AUDIT, utilisé par Hides & al. (2020) et l'AUDIT-C utilisé par Davis & al. (2018), Deluca & al. (2020) et Deluca & al. (2021). Stauffer Babel (2015) explique que pour le premier test, un score supérieur ou égal à 8⁶³ est le marqueur d'une dépendance ou d'un abus. Pour le second test, l'auteure interprète un score supérieur à 3⁶⁴ comme indiquant un problème dans la consommation d'alcool.

Nos auteur-e-s utilisent différents moyens de dépistages. Pourtant les seuils qu'ils/elles définissent, correspondent à un niveau de risques équivalents.

En revanche, une interrogation subsiste sur les articles de Deluca & al. (2020) et Deluca & al. (2021). D'une part, l'étude de ces auteur-e-s est centrée sur des adolescent-e-s qui ne se sont pas présenté-e-s aux urgences pour un motif lié à l'alcoolisation. D'autre part, ces dernier-ère-s n'ont pas de consommation à risques selon les critères AUDIT-C. Par conséquent, l'intérêt de choisir cette population pour étudier la réduction de l'alcoolisation nous questionne.

6.3. Interventions

6.3.1. Entretien ou documentation d'intervention

Les entretiens ou les documents d'informations constituent les interventions de contrôle de nos études australienne et américaine. Les ERC anglais utilisent cette

⁶³ Sur un total de 38 points maximum.

⁶⁴ Sur un total de 12 points maximum.

modalité pour l'une de leurs interventions d'intérêt. Pour autant, chaque étude présente des spécificités qui les rendent uniques.

D'abord, Arnaud & al. (2016), ont proposé aux participant-e-s, des brochures d'informations et des coordonnées. De leur côté, Deluca & al. (2020) et Deluca & al. (2021) ont privilégié des entretiens d'informations de 5 min. Finalement, Hides & al. (2020), proposent une évaluation des connaissances. Cela permet de dispenser des informations individualisées et ainsi d'exposer aux jeunes des stratégies de réduction des risques propres à leur problématique.

6.3.2. *Entretien motivationnel*

L'entretien motivationnel que nous avons abordé plus haut est la modalité d'intervention que l'on retrouve le plus dans nos ERC. En somme, cette technique nous semble être la plus adaptée à notre problématique au vu de notre développement. Selon les études, les chercheurs ont apporté, à leur intervention motivationnelle, des subtilités qui les distinguent.

Dans les études de Klein & al. (2018), Arnaud & al. (2016) et Davis & al. (2018) les entretiens motivationnels sont dispensés par un-e thérapeute en une session de 45 min en moyenne. Comme évoqué plus haut, les deux interventions allemandes sont une initiative gouvernementale. On peut donc supposer que l'ampleur du projet est conséquente.

Dans l'ERC trois bras de Hides & al. (2020), deux interventions sont basées sur cette modalité. Comme expliqué lors de la présentation de l'article, un des groupes a reçu un EM standard et un autre une intervention *QuikFix*. L'approche centrée sur les risques en lien avec la personnalité de chaque participant-e est donc une idée intéressante. En analysant l'intervention ci-dessus, nous avons pensé qu'une présentation personnalisée des risques, peut favoriser une meilleure prise de conscience de la part du/de la jeune.

6.3.3. *Intervention sur ordinateur ou smartphone*

L'étude de Davis & al. (2020) et les deux études britanniques se basent sur les NTIC pour développer certaines de leurs interventions. L'une d'entre elles utilise un ordinateur tandis que l'autre se base sur un smartphone/ tablette.

Davis & al. (2020), proposent un contenu identique à l'entretien motivationnel prodigué par le/la thérapeute. Le temps moyen d'utilisation s'élève à 35 min. Cette intervention est donc plus courte que celle dispensée par le/la soignant-e.

Les deux essais dirigés par Deluca, proposent, quant à eux, une application ludique sous forme de jeux. Cette dernière permet de naviguer, d'explorer et d'apprendre des chiffres et des faits sur l'alcool.

Réalisés en 2020 et 2021, ces essais s'ancrent dans la réalité de la jeune génération. En effet, les NTIC sont omniprésentes dans la vie des adolescent-e-s. Il nous semble donc prometteur d'utiliser les outils communément adoptés par cette population pour promouvoir leur santé. Nous pouvons supposer, que cela pourrait favoriser l'engagement et l'investissement de ces jeunes dans leur propre santé. Cependant, nous avons été étonnées de constater que Deluca & al. (2020) et Deluca & al. (2021) ont réfuté cette hypothèse. Ainsi, leur intervention ne semblait pas efficace sur le public cible et dans le contexte donné. De plus, ce format constituerait même un frein à l'engagement car il exige une grande auto-discipline.

6.3.4. Nombre de sessions d'intervention

Dans tous nos articles, excepté celui de Hides & al. (2020), les interventions sont dites brèves, car elles se déroulent sur une seule session. Une fois l'entretien passé, le suivi auprès des jeunes n'est pas maintenu.

De leurs côtés, les groupes EM et *QuikFix* de l'ERC de Hides & al. (2020) ont reçu des interventions en deux temps. À la suite des premières interventions motivationnelles, développées plus haut, ils/elles ont, quant à eux/elles, bénéficié d'une suite de suivis. D'ailleurs, pour Davis & al. (2018), ce prolongement d'interventions semble intéressant chez les personnes les plus vulnérables.

6.3.5. Implication des parents

Nous abordons, ici exclusivement, l'implication des parents dans les interventions et non dans les *outcomes*⁶⁵.

⁶⁵ Ce point-ci sera développé plus tard.

Comme nous l'avons abordé auparavant, les parents ont un rôle majeur à jouer dans la vie de l'enfant, en particulier lorsqu'il/elle rencontre un problème de santé. Toutefois, seule l'intervention de Arnaud & al. (2016) a inclus les parents dans un des groupes d'intervention. Ce sont 50% des participant-e-s de ce groupe qui ont pu en bénéficier.

L'essai de Klein & al. (2018) a notifié l'importance d'impliquer les parents dans ce type d'intervention. Ils/Elles supposent que cela expliquerait en partie les résultats obtenus. Contrairement à eux/elles, les articles dirigés par Deluca ne s'accordent pas sur ce point. Ils justifient l'absence d'intervention par la protection des données relatives à la consommation du/de la jeune face à ses parents.

6.4. Suivis des résultats

6.4.1. Temporalité

Nous comprenons la notion de temporalité comme le temps écoulé entre les différents suivis. Ces derniers permettent de s'intéresser aux évolutions des *outcomes*. On distingue trois temporalités en fonction des auteur-e-s.

Klein & al. (2018) ont suivi l'évolution des participant-e-s jusqu'à trois mois après l'intervention. Arnaud & al. (2016) prolongent la période de recherche jusqu'à six mois. Enfin, Hides & al. (2020), Davis & al. (2018), Deluca & al. (2020) et Deluca & al. (2021), effectuent quant à eux/elles, des évaluations d'*outcomes* pendant une année.

Les durées de suivis proposées par les deux premiers ERC nous questionnent : Ce délai permet-il réellement aux chercheur-euse-s d'avoir une vision réelle de l'efficacité de leurs interventions sur le long terme ?

6.4.2. Méthode de suivi

Dans les articles de recherche, nous distinguons deux méthodes de suivi des *outcomes* utilisées par les chercheur-euse-s.

Davis & al. (2018) ont envoyé des questionnaires de suivi informatisés à remplir de manière autonome par les participant-e-s. Les chercheur-euse-s soulignent la faisabilité de cette méthode. Ils/Elles relèvent tout de même que l'utilisation d'auto-évaluations représente un biais notable dans l'analyse des résultats. Effectivement, nous pouvons

penser que les jeunes gens auraient tendance à sous-estimer ou sur-estimer certains aspects de leur environnement pour correspondre à ce qu'il pense être attendu d'eux.

La seconde méthode de suivi, appliquée dans les cinq autres études, est effectuée par appels téléphoniques. Nous nous sommes interrogées sur les contraintes induites par cette modalité. En fonction de leur âge, les adolescent-e-s n'ont pas forcément de smartphone personnel. Certain-e-s jeunes ont alors, certainement, dû utiliser le téléphone fixe ou celui des parents. Ils/Elles n'ont ainsi peut-être pas eu la possibilité de parler ouvertement, de peur que la conversation ne soit entendue. Le cas échéant, si l'appel des chercheur-euse-s est reçu sur leur smartphone, le/la jeune pouvait être entouré-e d'autres personnes. Nous pouvons alors nous questionner sur la fiabilité des réponses.

6.4.3. Adhésion aux suivis

Dans les différentes études, une difficulté commune semble régulièrement se dessiner. Chez une population adolescente ou jeune adulte, l'adhésion sur une longue période peut être particulièrement délicate à maintenir. Le taux d'abandons à chaque suivi est un problème récurrent qui peut biaiser les résultats d'une étude. Les analyses ne tiennent pas compte des participant-e-s ayant abandonné.

Les études d'Arnaud & al. (2016) et de Davis & al. (2018) semblent moins impactées que d'autres par ce phénomène. En effet, les taux de participation restent élevés jusqu'aux derniers suivis et relativement similaires d'un groupe à l'autre.

Cela n'est pas le cas dans l'ERC de Hides & al. (2020). Même si le suivi global de l'étude est supérieur à 80%, les trois groupes d'intervention ne sont pas égaux en termes de *drop-out*⁶⁶. Dans le groupe AF/I, seul-e-s 8,5% des participant-e-s ont été perdu-e-s de vue. Dans les groupes EM et *Quik-Fix*, les pourcentages sont respectivement de 25% et 21%. Durant l'étude que nous avons menée sur cet article, nous avons remarqué que ces deux interventions demandent une implication très conséquente de la part des jeunes, avec un rappel de soignants jusqu'à dix mois post-intervention. Nous pouvons ainsi supposer qu'une trop grande implication demandée au jeune peut augmenter l'abandon de l'étude.

⁶⁶ Que nous pouvons traduire par abandon ou décrochage.

Dans les articles de Klein & al. (2018), Deluca & al. (2020) et Deluca & al. (2021), les taux d'abandons généraux sont un peu plus importants que dans trois autres études. L'ERC menée par Klein & al. (2018) n'a pu présenter les résultats que de 75% des participant-e-s. Cette diminution d'un quart représente une limite considérable pour les chercheur-euse-s. Cette dernière est d'autant plus marquée que l'échantillon de départ est peu important.

Dans les articles de Deluca & al. (2020) et Deluca & al. (2021), la population de départ est beaucoup plus conséquente. De ce fait, les diminutions d'environ 29%⁶⁷ et 27%, respectivement, semblent être moins contraignantes pour ces auteur-e-s que pour leurs collègues allemand-e-s.

6.4.3.1. *Rémunération des participant-e-s*

Afin de maximiser l'adhésion des jeunes, certaines recherches ont mis en place une stratégie. Hides & al. (2020), Davis & al. (2018), Deluca & al. (2020) et Deluca & al. (2021) ont offert une rémunération pécuniaire à tous les participant-e-s de leurs ERC.

Dans leurs études, Deluca & al. (2020) et Deluca & al. (2021) ont remercié tous les participant-e-s d'avoir suivi l'intervention en leur donnant 5 livres sterling⁶⁸. Cette rémunération semblait donc viser un meilleur engagement des jeunes dans l'étude plus que de limiter le *drop-out* lors des suivis. Il semble cependant qu'ils/elles aient, tout de même, cherché à limiter le nombre de participant-e-s perdus de vue en organisant un tirage au sort de trois Ipad à la fin des suivis.

De leur côté, Hides & al. et (2020), Davis & al. (2018), ont rémunéré les participant-e-s à chaque étape des études. Cette démarche tendait à encourager un maximum de participant-e-s à rester jusqu'à la fin. Chez les premiers, les participant-e-s ont reçu 20 et 35⁶⁹ dollars à la fin des interventions et des suivis. Chez les seconds, les participant-e-s ont été indemnisé-e-s à la fin des évaluations à une hauteur maximale de 250 dollars australiens⁷⁰.

⁶⁷ Chez Deluca & al. (2020), l'adhésion à l'essai à hauts risques est de 69,7% et celle de l'essai à faibles risques est de 73,6%.

⁶⁸ Environ 6 francs suisses.

⁶⁹ Environ 6 francs suisses.

⁷⁰ Maximum 6 francs suisses.

Nous pouvons constater, en observant les quatre ERC, que les objectifs visés par les rémunérations ont été atteints. Seul le tirage au sort de Deluca & al. (2020) et Deluca & al. (2021) fait exception. Cependant, cette méthode soulève des questions. Comme le soulignent Hides & al. (2020), la rémunération pourrait avoir incité les participant-e-s à sous-déclarer leur consommation. De manière générale, le sérieux avec lequel les participant-e-s ont répondu aux évaluations de suivi a pu être impacté et biaiser les résultats.

6.5. Outcomes et résultats

6.5.1. Type de consommation

Tous les articles abordent la consommation comme *outcome* primaire. Par consommation, on entend la fréquence et la quantité d'alcool consommé dans un temps donné.

Klein & al. (2018) évaluent également les sensations d'ivresse ressenties par les participant-e-s. Cette variable nous semble pertinente. En effet, l'écoute de ses sensations et l'identification de ses limites sont, comme notifié précédemment, des éléments indispensables pour responsabiliser l'adolescent-e dans sa démarche.

Dans les articles que nous avons choisis, seul l'ERC de Hides & al. (2016) montre la significativité d'une intervention. Ceux/Celles-ci indiquent que l'intervention *QuikFix* est plus efficace que l'AF/I et l'EM pour réduire la quantité d'alcool consommé.

Toutefois, même si les résultats des autres actions ne montrent pas de significativité, on peut constater une variation de la consommation des jeunes après l'intervention. En d'autres termes, on observe dans un premier temps, une baisse globale de la consommation dans toutes les études. Puis dans un deuxième temps, environ six mois après, une remontée de cette dernière est visible dans les essais de Davis & al. (2018), Deluca & al. (2020) et Deluca & al. (2021). Enfin, dans un troisième temps, entre six et douze mois, on peut constater une stabilisation des résultats dans les quatre mêmes études. Ce schéma n'est pas applicable à Klein & al. (2018) et Arnaud & al. (2016) car ils définissent une temporalité des suivis, respectivement, à trois mois et six mois. On peut supposer que ces intervalles sont trop courts pour observer les mêmes

phénomènes. Pour autant, Davis & al. (2018) soulignent dans leurs articles qu'une intervention, même brève, réduit la consommation chez environ un quart des jeunes.

6.5.2. *Complications physiques et psychiques en lien avec l'alcool*

Les conséquences de l'alcoolisation sont omniprésentes autant sur les plans psychique, neurologique, social et physique. Hormi Klein & al. (2018), tous/toutes les auteur-e-s ont développé cet aspect dans leurs études.

Afin d'évaluer cette variable, Arnaud & al. (2016), Hides & al. (2020) et Davis & al. (2018) ont utilisé l'outil dépistage RAPI. Parmi eux/elles, seul-e-s Hides & al. (2020) en exploitent la version complète. Ce questionnaire de 23 questions est principalement centré sur les conséquences sociales. Selon l'Université du Wisconsin - Madison, (s.d.), il vise à évaluer de manière brève, simple et rapide la consommation problématique d'alcool chez les adolescent-e-s.

Les études dirigées par Deluca s'appuient, quant à elles, sur le bref questionnaire de dépistage SDQ. Selon SDQ info, (2012), ce dernier est adapté aux jeunes de trois à seize ans et existe en plusieurs versions pour convenir à chaque public. Concernant les conséquences, aucune significativité n'est observable dans les études.

On peut cependant constater dans les deux groupes de l'article Arnaud & al. (2016) une évolution au fil du temps. En effet, on note une légère différence avant l'intervention et une baisse similaire par la suite. Un schéma est également visible pour Hides & al. (2016). On remarque ainsi une hausse des conséquences à six mois et une stabilisation à douze mois pour les trois groupes.

6.5.3. *Utilisation d'autres substances*

L'article de Davis & al. (2018) est le seul à présenter différents aspects secondaires à l'alcoolisation des adolescent-e-s. Dans cette démarche les auteur-e-s ont étudié l'usage d'autres substances chez les participant-e-s. Par autres substances, nous entendons toutes les drogues (y compris la marijuana), les médicaments à usage non médical et le tabac.

En analysant les résultats, nous avons constaté qu'ils remettent en cause notre hypothèse de départ. Nous supposons à l'origine, comme Sigman (2013), que la

consommation d'alcool influait sur l'usage d'autres substances. Pourtant, la consommation est identique chez tous les participant-e-s à l'étude.

6.5.4. Impact social

Les impacts sociaux sont développés uniquement dans les articles de Klein al. (2018) et Davis & al. (2018). Ces derniers sont centrés sur les parents et les pairs. Nous avons développé l'impact de ces groupes plus haut dans le travail.

D'une part, le premier article montre qu'aucun changement de la consommation d'alcool n'a été observé chez les parents entre avant et après l'IAA de leurs enfants. De plus, ces mêmes auteur-e-s ont étudié la différence entre la réaction attendue des enfants par leurs parents et la réaction réelle de ces derniers. Ils observent ainsi une sous-estimation des répercussions.

D'ailleurs, toujours concernant les parents, le second article ne montre aucune corrélation entre leur consommation et leur soutien. Pourtant, Davis & al. (2018) ont considéré que le fait de pouvoir s'identifier à quelqu'un, c'est-à-dire avoir un-e mentor-esse, est un élément important. En effet, 88,5 % des personnes ayant montré une baisse de leur consommation d'alcool, ont bénéficié de ce soutien.

6.5.5. Motivation au changement

Parmi nos ERC, trois se sont intéressés, dans leurs *outcomes*, à la motivation des jeunes à changer leurs consommations. Nous pouvons mettre la démarche de Klein & al. (2018), d'Arnaud & al. (2016) et de Davis & al. (2018) en lien avec notre ancrage théorique.

6.5.6. Coût-efficacité

L'aspect pécunier n'est abordé que chez Deluca & al. (2020) et Deluca & al. (2021). Dans leurs ERC, il ressort que les interventions d'intérêt proposées ne sont que très peu rentables du point de vue coût-efficacité.

6.6. Discussions et propositions

Au terme de ce travail, nous avons à cœur de présenter le fruit de nos réflexions au regard des recherches.

Comme le soulignent tous les auteur-e-s de nos ERC, les urgences sont le premier lieu de prise de contact des infirmier-ère-s avec les jeunes. Cette rencontre se produit dans un contexte aigu et pose la première pierre de la prise en soins. Nous avons conscience que les infirmier-ère-s jouent un rôle primordial auprès de ces jeunes autant sur le plan somatique que psychique. Nous sommes convaincues de l'importance de l'entretien qui fait partie intégrante de notre rôle propre.

Dans le cadre de ce travail, nous retenons donc trois outils : l'entretien motivationnel, le dépistage AUDIT et l'approche systémique familiale. L'engagement et la conscientisation selon Meleis nous semblent constituer les points clefs de ce processus. Nous devons ainsi confronter le/la jeune à son événement de santé, tout en maintenant ce lien qui lui permettra de solidifier son engagement. Nous sommes d'avis qu'un entretien de 30 min, à adapter en fonction de la charge en soins, serait adéquat.

L'idée de la sensibilisation revient fréquemment dans notre travail. Cette notion développée par Meleis, rejoint la notion de promotion et prévention de la santé. De plus, les articles mettent en valeur la sensibilisation à travers un entretien sur les conséquences de l'alcoolisation. Le moment propice à l'apprentissage est aussi à considérer afin d'optimiser notre approche. Deluca & al. (2020) et Deluca & al. (2021), abordaient l'entretien dans un lieu calme. Ainsi, le contenu de la discussion comme son cadre de réalisation sont des éléments non négligeables à son bon déroulement. Le positionnement infirmier et le contact humain sont, eux aussi, essentiels dans ce processus. Même si les interventions utilisant les NTIC nous semblent pertinentes, nous ne concevons pas qu'elles puissent remplacer un contact humain mais potentiellement compléter notre approche. En effet, seul-e le/la soignant-e peut par exemple identifier l'adéquation du discours avec l'expression physique, ou si le/la jeune répond en fonction des attentes et non de son ressenti. Nous sommes conscientes qu'en tant qu'infirmier-ère, questionner nos propres valeurs et représentations est indispensable, en particulier dans cette situation spécifique. Cela est d'autant plus important en ce qui nous concerne. En effet, notre courte expérience et le faible écart d'âge qui nous sépare du/de la patient-e, peuvent constituer des difficultés supplémentaires.

Il apparaît que la complexité lors de la prise en soins réside dans l'adhésion à la continuité du suivi. Proposer un accord écrit pour inciter le/la jeune à honorer ses

prochains rendez-vous pourrait être une possibilité intéressante. Ainsi, le contrat ne vise pas à contraindre, mais plutôt à encourager. De plus, afin de permettre le relais de confiance, nous pouvons imaginer la présence de l'infirmier-ère de première ligne lors des 10 premières minutes du suivi ambulatoire. Pour autant, revoir celui/celle-ci pourrait être trop confrontant et ainsi avoir l'effet inverse en le/la dissuadant de se rendre au rendez-vous. D'autre part, il est peu probable que la réalité du terrain permette de libérer un-e infirmier-ère même 10 min. La transmission des informations dans le dossier de soins informatisé est alors d'autant plus essentiel⁷¹.

Pourtant, ces idées ne nous semblent pas applicables à toutes les situations. Il paraît indispensable de mettre en œuvre des stratégies au plus proche du/de la patient-e. Ainsi, si le/la jeune patient-e semble en situation de grande vulnérabilité ou présente un danger pour lui/elle ou les autres, un suivi en adéquation avec les problématiques qu'il/elle rencontre est nécessaire.

Finalement, l'emplacement géographique nous semble doublement important. D'abord, il faciliterait notre proposition de mobiliser l'infirmier-ère de première ligne lors du suivi ambulatoire. Ensuite, nous pouvons penser que pour l'adolescent-e, un trajet supplémentaire serait décourageant et limiterait son engagement. Un relais à l'infirmier-ère scolaire permettrait ainsi d'étendre le réseau de soins, d'aider le/la jeune à poursuivre son suivi et de demander de l'aide s'il/elle en ressent le besoin.

⁷¹ Stratégies de *coping*, déni, signes dépressifs etc.

7. CONCLUSION

Bien que notre groupe de travail était à l'origine constitué de trois personnes, nous avons été contraintes, toutes les deux, de mener à bien ce projet. Néanmoins, nous avons beaucoup apprécié de travailler en binôme. Notre collaboration constructive et fructueuse nous a poussées à nous améliorer et même à nous surpasser. Nous avons ainsi pu échanger des points de vue sur nos représentations des soins et partager nos connaissances. Notre confiance mutuelle nous a permis de développer un esprit d'équipe indispensable à notre pratique des soins infirmiers.

8. RÉFÉRENCES

- Addiction Suisse. (2012). *L'alcool*. <https://www.addictionsuisse.ch/actualites/prises-de-position-daddiction-suisse/alcool/>
- Addiction Suisse. (s.d.a). *AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption)*. https://www.addictions-et-vieillissement.ch/files/content/pdf-fr/audit-c_f.pdf
- Addiction Suisse. (s.d.b). *Prev@Work*. <https://www.addictionsuisse.ch/entreprises/prevwork/>
- Addiction Suisse. (s.d.c). *Promotion de la santé*. <https://www.addictionsuisse.ch/promotion-de-la-sante/>
- Alcool Info Service. (2015). *Questionnaire AUDIT*. <https://www.alcool-info-service.fr/Alcool/Home-Professionnels/Alcool-Sante/Pour-en-savoir-plus/Boite-a-outils>
- Alcool Info Service. (s.d.). *Quels sont les outils pour évaluer la consommation ?* <https://www.alcool-info-service.fr/Alcool/Home-Professionnels/Alcool-et-grossesse/Le-reperage-et-le-depistage-de-la-consommation-maternelle/Quels-sont-les-outils-pour-evaluer-la-consommation>
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing theorists and their work*. Elsevier.
- Arcand, L., Bantuelle, M., Bouvier, P., Broussouloux, S., Demeulemeester, R., Housseau, B., Lamboy, B., Laverdure, J., Pommier, J., & Senterre, C. (2008). *Comportements à risque et santé : Agir en milieu scolaire, programmes et stratégies efficaces : référentiel de bonnes pratiques*. INPES. <http://www.clps-lux.be/fpdb/download/ComportRisqueMilieuScolLight.pdf>
- Archimi, A., & Delgrande Jordan, M. (2014). *Vulnérabilité aux comportements à risque à l'adolescence : Définition, opérationnalisation et description des*

principaux corrélats chez les 11-15 ans de Suisse. Sucht Schweiz.
https://www.hbsc.ch/pdf/hbsc_bibliographie_273.pdf

Arnaud, N., Diestelkamp, S., Wartberg, L., Sack, P., Daubmann, A., & Thomasius, R. (2017). Short- to Midterm Effectiveness of a Brief Motivational Intervention to Reduce Alcohol Use and Related Problems for Alcohol Intoxicated Children and Adolescents in Pediatric Emergency Departments: A Randomized Controlled Trial. *Academic Emergency Medicine*, 24(2), 186-200.
<https://doi.org/10.1111/acem.13126>

Assemblée nationale. (2004). *Comparaisons européennes—Etudes de législation comparée: La publicité pour l'alcool en Europe.* <https://www.assemblee-nationale.fr/europe/comparaisons/alcool.asp>

Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel. (2018). *Les 4 processus de l'EM.* AFDEM. <https://afdem.org/entretienmotivationnel/qu-est-ce-que-c-est/4processus/>

Berthiaume, P., & Fortier, D. (2012). *L'entretien motivationnel.* Perspective infirmière.
https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/publications/perspective_infirmieres/2012_vol9_n02/11Entretien.pdf

Bornand, K., Cattin, M., Charpentier, P., Cipolla, C., Descouedres, C., Duflon, S., Favre, M., Galley, L., Girod, I., Humair, T., Jacquier, R., Jaggi, C., Philippe, I., Richter, F., Urfer, S., Weinguni, P., Weissbrodt, M., & Wisler, D. (2015). *Adolescences aux risques de l'addiction* [Brochure].
https://www.grea.ch/sites/default/files/brochure_ados.pdf

Brown, S. A., McGue, M., Maggs, J., Schulenberg, J., Hingson, R., Swartzwelder, S., Martin, C., Chung, T., Tapert, S. F., Sher, K., Winters, K. C., Lowman, C., & Murphy, S. (2008). A Developmental Perspective on Alcohol and Youths 16 to

20 Years of Age. *Pediatrics*, 121(Suppl 4), S290-S310.
<https://doi.org/10.1542/peds.2007-2243D>

Caflisch, M., Duran, M., & Aladjem, D. (2008). SFP-40 – Adolescent – L'alcool-défonce chez les adolescents. *Archives de Pédiatrie*, 15(5), 935.
[https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(08\)72107-9](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(08)72107-9)

Caflisch, M., & Uldry, V. (2013). Lorsque les chemins de l'alcool et de l'adolescence se croisent. *Revue Médicale Suisse*, 9, 406-409.
https://www.revmed.ch/view/480588/4004311/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2013-07s_sa04_art04.pdf

Cancilliere, M. K., Spirito, A., Monti, P., & Barnett, N. (2018). Brief alcohol interventions for youth in the emergency department : Exploring proximal and distal outcomes. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 27(5-6), 311-321. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2018.1529645>

Centre Hospitalier Sud Essonne. (2011). *Prise en charge des intoxications éthyliques aiguës au service des urgences Site d'Etampes*. https://urgences-serveur.fr/IMG/pdf/116-pr-uli-urg-pc-no116_intoxication_ethilique_aigue.pdf

Confédération suisse. (2009). *Etude de consommation d'alcool chez les jeunes de 16 à 34 ans*. Département fédéral des finances.
<http://www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/19699.pdf>

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., & De Looze, M. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people : Health behaviour in school-aged children (HBSC) study : international report from the 2009-2010 survey*. World Health Organization, Regional Office for Europe.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf?ua=1

- Davis, A. K., Arterberry, B. J., Bonar, E. E., Chermack, S. T., Blow, F. C., Cunningham, R. M., & Walton, M. A. (2018). Predictors of positive drinking outcomes among youth receiving an alcohol brief intervention in the emergency department. *Drug and Alcohol Dependence*, 188, 102-108.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.03.044>
- De Beauvoir, S. (1948). *L'Amérique au jour le jour* (Gallimard).
- Delgrande Jordan, M., Schneider, E., Eichenberger, Y., & Kretschmann, A. (2018). *La consommation de substances psychoactives des 11 à 15 ans en Suisse – Situation en 2018 et évolutions depuis 1986*. Addiction Suisse.
https://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/HBSC-2018-rr-100.pdf
- Deluca, P., Coulton, S., Alam, M. F., Boniface, S., Cohen, D., Donoghue, K., Gilvarry, E., Kaner, E., Maconochie, I., McArdle, P., McGovern, R., Newbury-Birch, D., Patton, R., Pellatt-Higgins, T., Phillips, C., Phillips, T., Pockett, R. D., Russell, I., Strang, J., & Drummond, C. (2021). Brief interventions to prevent excessive alcohol use in adolescents at low-risk presenting to Emergency Departments: Three-arm, randomised trial of effectiveness and cost-effectiveness. *International Journal of Drug Policy*, 103-113.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103113>
- Deluca, P., Coulton, S., Alam, M. F., Boniface, S., Donoghue, K., Gilvarry, E., Kaner, E., Lynch, E., Maconochie, I., McArdle, P., McGovern, R., Newbury-Birch, D., Patton, R., Pellatt-Higgins, T., Phillips, C., Phillips, T., Pockett, R., Russell, I. T., Strang, J., & Drummond, C. (2020). Linked randomised controlled trials of face-to-face and electronic brief intervention methods to prevent alcohol-related harm in young people aged 14–17 years presenting to emergency departments.

Programme Grants for Applied Research, 8(2), 1-144.

<https://doi.org/10.3310/pgfar08020>

Deuxième Conférence Internationale sur la Promotion de la Santé. (1988). *Les recommandations d'Adélaïde*.

Drouot, F. (2018). *Prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë : Réalisation et mise en place d'un protocole de service*. [Thèse, Université de Lorraine - Faculté de médecine de Nancy] <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932235/document>

Duret, S. (2021). *L'entretien de famille : Outil de la co-construction du partenariat soignant-famille en service de chirurgie de l'enfant et de l'adolescent*. <https://www.hug.ch/projets-patients-partenaires/lentretien-famille-outil-co-construction-du-partenariat-soignant>

European Patient's Academy on Therapeutic Innovation. (s.d.). *Résultats d'étude clinique : Publication*. <https://toolbox.eupati.eu/resources/resultats-detude-clinique-publication/?lang=fr&print=print>

Falcheri, J.-P. (2011). Alcool et comorbidités psychiatriques pour le praticien. *Revue Médicale Suisse*, 7, 1462-1465. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2011/revue-medicale-suisse-302/alcool-et-comorbidites-psychiatriques-pour-le-praticien>

Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge : Analysis and evaluation of nursing models and theories*. F.A. Davis Co.

Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2012). Chapter 5 King's Conceptual System. In *Contemporary Nursing Knowledge : Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. F. A. Davis Company.

- Fédération pour la Recherche sur le Cerveau. (s.d.). *Les maladies psychiatriques et les troubles du comportement*. <https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-ses-maladies-neurologiques/les-maladies-psychiatriques-et-les-troubles-du-comportement/>
- FEGPA. (s.d.). *Guide pour des parents éclairés sur la consommation d'alcool à l'adolescence*. <http://www.carrefouraddictions.ch/wp-content/uploads/2016/02/Guide-parents.pdf>
- Filière de formation en Soins infirmiers. (2012). *Plan d'études cadre Bachelor 2012*. <https://www.hes-so.ch/data/documents/Referentiel-Competences--Soins-infirmiers-4620.pdf>
- Fondation Vaudoise contre l'Alcoolisme. (s.d.). *À l'école*. <https://www.fva.ch/pr%c3%a9vention/%c3%a0-l%e2%80%99%c3%a9cole>
- Gouvernail. (s.d.). *C'est quoi ?* <https://gouvernail.ch/about-us/>
- Groupement Romand d'Etudes des Addictions. (2018). *Prévention*. <https://www.grea.ch/dossiers/prevention>
- Haller, D. M., Favrod-Coune, T., Dvorčák, C., & Herzig, L. (2014). Prévention des alcoolisations aiguës à l'adolescence : Quel rôle pour le médecin de famille ? *Revue Médicale Suisse*, 10(430), 1062-1067. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2014/revue-medicale-suisse-430/prevention-des-alcoolisations-aigues-a-l-adolescence-quel-role-pour-le-medecin-de-famille>
- Haug, S., Paz Castro, R., Kowatsch, T., Filler, A., Dey, M., & Schaub, M. P. (2017). Efficacy of a web- and text messaging-based intervention to reduce problem drinking in adolescents : Results of a cluster-randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(2), 147-159. <https://doi.org/10.1037/ccp0000138>

- Haute école de santé Genève. (s.d.). *DAS HES-SO en Santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille 2019-2021*. <https://www.hesge.ch/heds/formation-continue/formations-postgrades/diplomes-das/das-hes-so-en-sante-lenfant-ladolescent-et>
- Hides, L., Quinn, C., Chan, G., Cotton, S., Pocuca, N., Connor, J. P., Witkiewitz, K., Daglish, M. R. C., Young, R. McD., Stoyanov, S., & Kavanagh, D. J. (2021). Telephone-based motivational interviewing enhanced with individualised personality-specific coping skills training for young people with alcohol-related injuries and illnesses accessing emergency or rest/recovery services: A randomized controlled trial (QuikFix). *Addiction*, 116(3), 474-484. <https://doi.org/10.1111/add.15146>
- Hôpitaux Universitaire de Genève. (2021). *Formation au partenariat dans la santé*. <https://www.hug.ch/patients-partenaires/formation-au-partenariat-dans-sante>
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2020). *Guide du patient*. https://www.hug.ch/sites/interhug/files/documents/guide_du_patient_fr.pdf
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2021a). *Patients Partenaires, qu'est-ce que c'est ?* <https://www.hug.ch/patients-partenaires/approche-patients-partenaires-qu-est-ce-que-c-est>
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2021b). *Situations d'urgence*. <https://www.hug.ch/psychiatrie-enfant-adolescent/situations-urgence>
- Institut national du cancer. (s.d.). *Essai thérapeutique*. <http://formation.e-cancer.fr/Dictionnaire/E/essai-therapeutique>
- Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies. (2005). *Alcopops sucrées et branchées, ces boissons alcooliques préconditionnées ne*

sont pas sans danger.

http://mediatheque.lecrips.net/docs/PDF_GED/T03700.pdf

Klein, M., Hammerich, S., Eggert, P., & Ankermann, T. (2018). Motivierende Kurzinterventionen nach Krankenhausaufenthalt bei Alkoholintoxikation bei Jugendlichen – Effektive Option sekundärer Prävention? *Klinische Pädiatrie*, 230(04), 200-204. <https://doi.org/10.1055/a-0590-4726>

Loi fédérale sur l'alcool du 21 juin 1932 (LAlc; RS 680), (2019) (testimony of L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse). <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19320035/index.html>

Loi fédérale sur la circulation routière du 19 décembre 1958 (LCR; RS 741.01), (2020) (testimony of L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse). <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19580266/index.html>

Loi genevoise sur la vente à l'emporter des boissons alcooliques du 22 janvier 2004 (LVEBA; I 2 24), (2004) (testimony of Le grand conseil de la République et canton de Genève). https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_l2_24.html

Art L3323-2—Code de la santé publique du 2 mars 2017. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034110404/

Mariage, A. (2001). Stratégies de coping et dimensions de la personnalité : Étude dans un atelier de couture. *Le Travail humain*, 64(1), 45-59. <https://doi.org/10.3917/th.641.0045>

McClure, A. C., Tanski, S. E., Li, Z., Jackson, K., Morgenstern, M., Li, Z., & Sargent, J. D. (2016). Internet Alcohol Marketing and Underage Alcohol Use. *Pediatrics*, 137(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2149>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory : Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Pub. Co.

- Merz, V., Baptista, J., & Haller, D. M. (2015). Brief interventions to prevent recurrence and alcohol-related problems in young adults admitted to the emergency ward following an alcohol-related event: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(9), 912-917.
<https://doi.org/10.1136/jech-2014-204824>
- Michaud, P.-A., & Bélanger, R. (2010). Les adolescents, internet et les nouvelles technologies : Un nouveau pays des merveilles ? *Revue Medicale Suisse*, 6, 1230-1235.
<https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2010/revue-medicale-suisse-253/les-adolescents-internet-et-les-nouvelles-technologies-un-nouveau-pays-des-merveilles>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (2011). *Drinking Levels Defined*. <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>
- Organisation Mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'OTTAWA - Promotion de la santé*.
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf;jsessionid=7B1094175430FA76C66DFBA96CBEA9B0?sequence=1
- Organisation Mondiale de la Santé. (2021a). *Développement des adolescents*.
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
- Organisation Mondiale de la Santé. (2021b). *Intoxication aiguë*.
https://www.who.int/substance_abuse/terminology/acute_intox/fr/

- Picard, C., & Jones, D. A. (2005). *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education*. Jones and Bartlett Publishers.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- SDQ info. (2012). *What is the SDQ?* <https://www.sdqinfo.org/a0.html>
- Sieloff, C. L., & Frey, M. A. (2015). Imogene King's Theory of Goal Attainment. In *Nursing Theories and Nursing Practice* (F. A. Davis Company).
- Sigman, A. (2013). Preventing Alcohol Use Disorders Among Children and Adolescents in the EU. *Improving the Quality of Childhood in Europe*, 4, 42-67.
- Smith, M. J., & Liehr, P. R. (2018). *Middle Range Theory for Nursing*, Springer Publishing Company.
- Soulière, M. (2013). La construction de soi chez les adolescents : Une histoire d'ouverture et de temps. *Service social*, 59(1), 108-128.
<https://doi.org/10.7202/1017483ar>
- Stauffer Babel, R. (2015). *Memento pratique—Outil d'aide à l'intervention en cas d'intoxication alcoolique aiguë*. Addiction Suisse.
https://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/Memento-Pratique-2016.03.11.pdf
- Stauffer Babel, R. (s.d.). *Intoxication alcoolique*.
<https://www.addictionsuisse.ch/intoxication-alcoolique>
- Stauffer Babel, R., Schimd, A., Dobler, S., Wicki, M., Wurdak, M., & Kuntsche, E. (2014). *Hospitalisation suite à une intoxication alcoolique aiguë, quelle intervention ?*. Addiction Suisse.

https://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/150122_res_ume_rapport_final_recommandations.pdf

Stop-alcool. (2021). *Les jeunes et l'alcool*. Stop-alcool.ch. <https://www.stop-alcool.ch/fr/statistiques/suisse-les-jeunes-et-l-alcool>

Taborda-Simões, M. da C. (2005). L'adolescence : Une transition, une crise ou un changement ? *Bulletin de psychologie*, 479(5), 521. <https://doi.org/10.3917/bupsy.479.0521>

Thayanukulvat, C., & Harding, T. (2015). Binge drinking and cognitive impairment in young people. *British Journal of Nursing*, 24(7), 401-407. <https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.7.401>.

Université du Wisconsin - Madison. (s.d.). *Rutgers Alcohol Problems Index (RAPI)*. Addiction Research Center. <https://arc.psych.wisc.edu/self-report/rutgers-alcohol-problems-index-rapi/>

White, H., Sabarwal, S., & De Hoop, T. (s.d.). *Essais contrôlés randomisés (ECR)*. <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/MB7FR.pdf>

Wolter, L., & Della Santa, V. (2013). Prise en charge du patient en intoxication éthylique aiguë. *Revue Médicale Suisse*, 9, 1461-1464. https://www.revmed.ch/view/483257/4020641/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2013-27s_sa03_art03.pdf

9. ANNEXES

9.1. Annexe n°1 : Questionnaire AUDIT

QUESTIONNAIRE AUDIT

(ALCOHOL USE DISORDERS TEST)

REPÉRAGE DES CONSOMMATIONS PROBLÉMATIQUES

Les dix questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
1. À quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine	
2. Combien de verre d'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus	
3. À quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus en une même occasion ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	

TOTAL

INTERPRÉTATIONS DU RÉSULTAT

- Un score supérieur ou égal à 7 chez l'homme et à 6 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool

- Un score supérieur à 12 chez l'homme et chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool

Société Française d'Alcologie, 2015.

9.2. Annexe n°2 : Questionnaire AUDIT-C

AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption)

1. A quelle fréquence consommez-vous des boissons alcooliques ?

<input type="checkbox"/> Jamais	0 points
<input type="checkbox"/> Une fois par mois ou moins	1 point
<input type="checkbox"/> 2 à 4 fois par mois	2 points
<input type="checkbox"/> 2 à 4 fois par semaine	3 points
<input type="checkbox"/> 4 fois par semaine ou plus	4 points

2. Lorsque vous consommez des boissons alcooliques, combien en consommez-vous un jour typique où vous buvez ? Une boisson alcoolique (= une boisson standard) correspond p. ex. à environ 3 dl de bière (5% vol.), à 1 dl de vin, de mousseux ou de champagne (12,5% vol.), à 2 cl d'eau-de-vie (55% vol.) ou à 4 cl de liqueur (30% vol.)

<input type="checkbox"/> 1 ou 2	0 points
<input type="checkbox"/> 3 ou 4	1 point
<input type="checkbox"/> 5 ou 6	2 points
<input type="checkbox"/> 7 à 9	3 points
<input type="checkbox"/> 10 ou plus	4 points

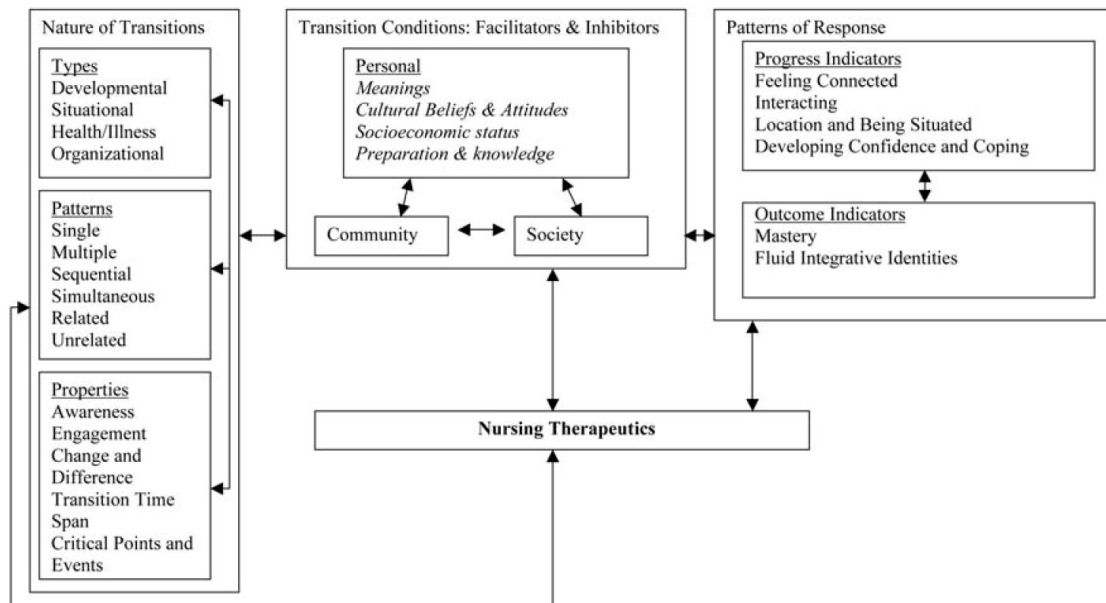
3. Au cours d'une même occasion, combien de fois vous est-il arrivé de boire six boissons alcoolisées (= boissons standard) ou plus ?

<input type="checkbox"/> Jamais	0 points
<input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois	1 point
<input type="checkbox"/> Une fois par mois	2 points
<input type="checkbox"/> Une fois par semaine	3 points
<input type="checkbox"/> Chaque jour ou presque chaque jour	4 points

Total points:

Source : Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., Monteiro, M. (2001). AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guideline for Use in Primary Care. World Health Organization WHO, Geneva.

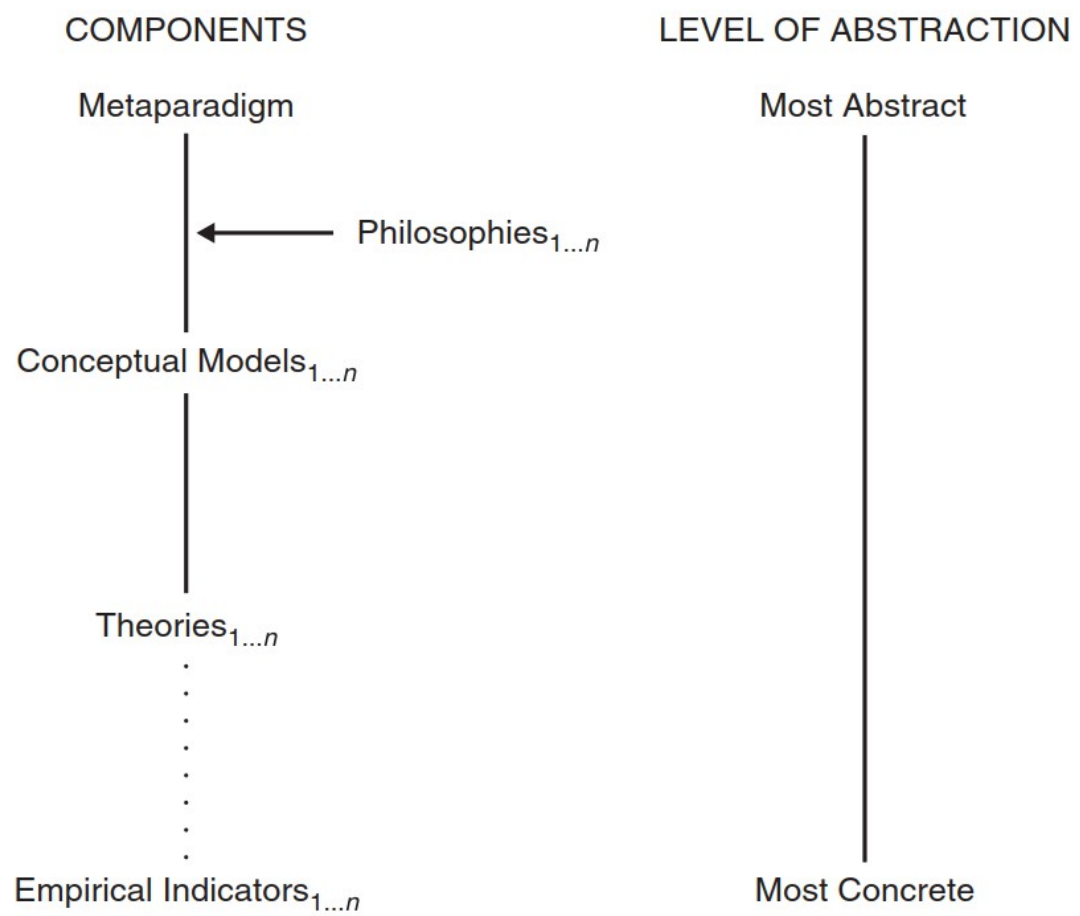
9.3. Annexe n°3 : Figure générale de Meleis (2010)



9.4. Annexe n°4 : Équation de recherche

DATE DE RECHERCHE	MOTEUR DE RECHERCHE	MOTS CLES	FILTRES	NBR. D'ART. OBTENU	NBR RETENU + NOM	AUTRES
19 - 11 - 2020	Rero explore	Binge - Drinking				
23 - 11 - 2020	Pub Med	Binge Drinking AND adolescent AND secondary prevention		91		Fait avec All Fields
		Binge Drinking[MeSH Terms] AND adolescent[MeSH Terms] AND secondary prevention[MeSH Terms]		3		Fait avec MeSH Terms
		binge drinking[MeSH Terms] AND adolescent[MeSH Terms] AND secondary prevention[MeSH Terms] AND (emergencies OR emergency medical services OR emergency alcohol intoxication) AND (adolescent[MeSH Terms] AND (secondary prevention) AND (emergencies OR emergency medical services OR emergency service, hospital OR emergency ET intoxication alcoolique ET prevention secondaire ET urgences OU services des urgences médicales OU service hospitalier d'urgences)		1	Brief interventions to prevent recurrence and alcohol-related problems in young adults admitted to the emergency ward following an alcohol-related event : a systematic review	
	LISSa	Adolescent ET intoxication alcoolique ET prevention secondaire ET urgences OU services des urgences médicales OU service hospitalier d'urgences)		10	Brief interventions to prevent excessive alcohol use in adolescents at low-risk presenting to Emergency Departments- Three-arm, randomised trial of effectiveness and cost-effectiveness	
24 - 11 - 2020	Pub Med	Adolescent ET intoxication alcoolique ET urgences OU services des urgences médicales OU service hospitalier d'urgences)		17	Intoxication alcoolique aiguë de l'adolescent aux urgences : Une enquête prospective multicentrique française	
		adolescent[MeSH Terms] AND alcohol intoxication[MeSH Terms] AND secondary prevention[MeSH Terms]		7		
		Alcoholic intoxication		13467		
		Alcoholic intoxication[MeSH Terms]		12528		
		Recurrence		696473		
		Recurrence[MeSH Terms]		185618		
		Crisis Intervention[MeSH Terms]		5674		
		Emergency Nursing[MeSH Terms]		7119		
		Alcoholic intoxication[MeSH Terms] AND Recurrence[MeSH Terms] AND Emergency Nursing[MeSH Terms]		0		
		Nursing care		751723		
		Alcoholic intoxication AND nursing AND recurrence[MeSH Terms]		100		
		Alcoholic intoxication AND recurrence		150		
		Binge Drinking/prevention and control[MAJR]		126		
		Alcoholic intoxication/prevention and control[MAJR]		524		
		Motivational Interviewing[MAJR]		1395		
		Alcoholic intoxication AND Motivational Interviewing[MAJR]		12		
		Alcoholic intoxication AND Motivational Interviewing[MAJR]	Adolescent: 13-18 years	8		
	EMbase	Adolescent AND alcoholic intoxication AND secondary prevention		10	Initial psychological intervention after alcohol intoxication	
	CINAHL	Alcoholic intoxication		2161		
		Recurrence		10274		
		Motivational Interviewing		1727		
		Alcoholic intoxication AND Recurrence		7		
		Alcoholic intoxication AND Motivational Interviewing		1		
		Alcoholic intoxication AND Motivational Interviewing	Age Groups: Adolescent:	4		
08 - 12 - 2020	LISSa	Intoxication alcoolique AND urgences AND soins infirmiers		0		
		Intoxication alcoolique AND urgences	Essai clinique	1		
	Embase	Alcohol intoxication AND nursing AND hospital	Adolescents (13-17) & Ra	0		
		Acetohl intoxication AND nursing AND emergency treatment	Adolescents (13-17)	9		
		Acetohl intoxication AND emergency treatment	Adolescents (13-17) AND	2		
		Alcohol intoxication AND recurrent disease	Adolescents (13-17) AND	2		
	Pub Med	Underage Drinking [MeSH Terms] AND emergency care [MeSH Terms] AND recurrence [MeSH Terms]	Randomized Controlled T	0		
		Underage Drinking [MeSH Terms] AND emergency care [MeSH Terms] AND recurrence [MeSH Terms]		1		
		Underage Drinking [MeSH Terms] AND recurrence [MeSH Terms]		0		
		Alcoholic intoxication [MeSH Terms] AND recurrence [MeSH Terms] OR harm reduction [MeSH Terms]		3312		
		Alcoholic intoxication [MeSH Terms] AND recurrence [MeSH Terms] OR harm reduction [MeSH Terms]	Adolescent: 13-18 years	628		
		Alcoholic intoxication [MeSH Terms] AND recurrence [MeSH Terms] OR harm reduction [MeSH Terms]	Randomized Controlled T	50		
		Alcoholic intoxication [MeSH Terms] AND recurrence [MeSH Terms]		100		
		Alcoholic intoxication [MeSH Terms] AND recurrence [MeSH Terms]	Randomized Controlled T	1		
		Alcoholic intoxication [MeSH Terms] AND harm reduction [MeSH Terms]	Randomized Controlled T	1		
		Alcoholic intoxication [MeSH Terms] AND recurrence [MeSH Terms] AND nursing care [MeSH Terms]		0		
		Alcoholic intoxication [MeSH Terms] AND recurrence [MeSH Terms] AND emergency nursing [MeSH Terms]		0		
		Alcoholic intoxication [MeSH Terms] AND recurrence [MeSH Terms] AND psychiatric nursing [MeSH Terms]		0		
		Alcoholic intoxication [MeSH Terms] AND recurrence [MeSH Terms] AND patient care [MeSH Terms]		9		
		Alcoholic intoxication [MeSH Terms] AND recurrence [MeSH Terms] AND patient care [MeSH Terms]	Adolescent: 13-18 years	5		
		Alcoholic intoxication [MeSH Terms] AND recurrence [MeSH Terms] AND pediatric nursing [MeSH Terms]		0		
		Alcoholic intoxication [MeSH Terms] AND emergency service, hospital [MeSH Terms]		521		
		Alcoholic intoxication [MeSH Terms] AND emergency service, hospital [MeSH Terms]	Adolescent: 13-18 years	219		
		Alcoholic intoxication [MeSH Terms] AND emergency service, hospital [MeSH Terms]	Randomized Controlled T	13		
		Alcoholic intoxication [MeSH Terms] AND emergency service, hospital [MeSH Terms] AND harm reduction [MeSH Terms]	Randomized Controlled T	1		
		Alcoholic intoxication [MeSH Terms] AND emergency service, hospital [MeSH Terms] AND motivation [MeSH Terms]		11		
		Alcoholic intoxication [MeSH Terms] AND emergency service, hospital [MeSH Terms] AND motivation [MeSH Terms]	Adolescent: 13-18 years	5		
		Alcoholic intoxication [MeSH Terms] AND emergency service, hospital [MeSH Terms] AND motivation [MeSH Terms]		3		
		Alcoholic intoxication [MeSH Terms] AND motivation [MeSH Terms]	Randomized Controlled T	31		
		Alcoholic intoxication / prevention and control [MeSH Terms]	Randomized Controlled T	56		
		Alcoholic intoxication / prevention and control [MeSH Terms] AND emergency service [MeSH Terms]	Randomized Controlled T	9		
		Alcoholic intoxication / prevention and control [MeSH Terms] AND emergency [MeSH Terms]	Randomized Controlled T	9		
		Alcoholic intoxication / prevention and control [MeSH Terms] AND emergency [MeSH Terms] AND motivation [MeSH Terms]	Adolescent: 13-18 years	1		
		Alcoholic intoxication / prevention and control [MeSH Terms] AND emergency [MeSH Terms] AND psychotherapy, brief [MeSH Terms]	Adolescent: 13-18 years	1		
		Alcoholic intoxication [MeSH Terms] AND emergency [MeSH Terms] AND brief psychotherapy [MeSH Terms]	Randomized Controlled T	2		
		Alcoholic intoxication [MeSH Terms] AND emergency [MeSH Terms] AND brief psychotherapy [MeSH Terms]	Randomized Controlled T	2		
		Alcoholic intoxication [MeSH Terms] AND emergency [MeSH Terms]		14	Linked randomised controlled trials of face-to-face and electronic brief intervention methods to prevent alcohol related harm in young people aged 14-17 years presenting to Emergency Departments (SIPS junior)	
10-12-20	Pubmed	alcoholic intoxication[MeSH Terms] AND (harm reduction[MeSH Terms]	Adolescent: 13-18 years	18	Short- to Midterm Effectiveness of a Brief Motivational Intervention to Reduce Alcohol Use and Related Problems for Alcohol Intoxicated Children and Adolescents in Pediatric Emergency Departments: A Randomized Controlled Trial	
		alcoholic intoxication[MeSH Terms] AND (emergency nursing[MeSH Terms])	Adolescent: 13-18 years, 4			
		alcoholic intoxication[MeSH Terms] AND ((psychiatric nursing[MeSH Terms]) OR (pediatric nursing[MeSH Terms])	Adolescent: 13-18 years	2		
		alcohol related disorder[MeSH Terms]		113,865		
		alcohol related disorder[MeSH Terms] AND (health education[MeSH Terms])	Adolescent: 13-18 years,	216		
		alcohol related disorder[MeSH Terms] AND (health[MeSH Terms])	Adolescent: 13-18 years, 17253			
		alcohol related disorder[MeSH Terms] AND (health[MeSH Terms]) AND (nursing[MeSH Terms])	Adolescent: 13-18 years,	128		
		alcohol related disorder[MeSH Terms] AND (crisis intervention[MeSH Terms])	adolescent: 13-18 years,	33		
		alcohol related disorder[MeSH Terms] AND (crisis intervention[MeSH Terms])	Randomized Controlled T	2		
		alcohol related disorder[MeSH Terms] AND (crisis intervention[MeSH Terms])		128		
		alcohol related disorder[MeSH Terms] AND (secondary prevention	Randomized Controlled T	52		
		alcohol related disorder[MeSH Terms] AND (secondary prevention)	Randomized Controlled T	42	Motivierende Kurzinterventionen nach Krankenhausaufenthalt bei Alkoholisintoxikation bei Jugendlichen - Effektive Option sekundärer Prävention?	
		alcohol related disorder[MeSH Terms] AND (secondary prevention) AND (harm reduction)	Randomized Controlled T	7	Predictors of positive drinking outcomes among youth receiving an alcohol brief intervention in the emergency department	
		alcohol related disorder[MeSH Terms] AND (secondary prevention) AND (nursing)	Randomized Controlled T	3		
		alcohol related disorder[MeSH Terms] AND (secondary prevention) AND (hospital)	Randomized Controlled T	10		
	Pubmed	(risky drinking) AND (prevention) AND (adolescents) AND (emerging adults)	same filters	55		

9.5. Annexe n°5 : Holarchie structurelle des connaissances selon Fawcett (2006)



9.6. Annexe n°6 : Pyramide des niveaux de preuve

Niveaux de preuve

