

EUROTOX ASBL

OBSERVATOIRE SOCIO-EPIDEMIOLOGIQUE ALCOOL- DROGUES
COMMUNAUTE FRANÇAISE DE BELGIQUE

DOSSIER : L'ALCOOL

TIRE A PART DU RAPPORT COMMUNAUTE FRANÇAISE
2004-2005

A. LIESSE V. PIRON M. RWUBUSISI
F. HARIGA
PH. BASTIN M. DAL

AVEC LE SOUTIEN DE LA COMMUNAUTE FRANÇAISE



Table des matières

4 Focus Alcool.....	3
4.1 Cadre légal et organisationnel.....	3
4.1.1. Les stratégies politiques.....	3
4.1.2. Cadre législatif, réglementaire, déontologique.....	9
4.2. Situation épidémiologique et tendances.....	14
4.2.1. Etude : La consommation d'alcool chez les jeunes. Quelles stratégies commerciales ?.....	14
4.2.2. Etude : Dépistage des patients ayant un problème de consommation excessive d'alcool.....	15
4.2.3. Flash Eurobaromètre n°158 : Young People and Drugs.....	17
4.2.4. L'enquête sur la santé 2004 (HIS): Population générale adulte.....	18
4.2.5. Enquête HBSC 2002 : «La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire».....	19
4.2.6. ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) 2003.....	20
4.2.7. Indicateur de demande de traitement (TDI).....	21
4.3 Projets, programmes, tendances.....	24
4.3.1. Projets.....	24
4.4 Débat/évolution de la situation.....	30
4.4.1. Le statut de l'alcool.....	30
4.4.2. Statu quo politique ; lois lacunaires.....	33
4.4.3. Pub pour les boissons alcoolisées : efficacité d'une convention avec le secteur privé ?.....	34
4.4.4. Campagnes médiatiques, espaces de radiodiffusion gratuits : la dernière chance ?.....	37
4.5. Conclusions et recommandations.....	38
4.5.1. Conclusions.....	38
4.5.2. Recommandations.....	40
Liste des tableaux et figures.....	41

4 Focus Alcool

4.1 Cadre légal et organisationnel

4.1.1. Les stratégies politiques

4.1.1.1. L'alcool dans les plans quinquennaux de promotion de la santé en Communauté française

Programme 1998- 2003 :

Ce programme quinquennal constate qu'« un aspect de la problématique des assuetudes réside dans l'accent mis sur les psychotropes illicites, alors que les autres accoutumances (aux médicaments, à l'alcool, au tabac) reçoivent une attention moindre, ou en tout cas soulèvent moins d'émotion et sont abordées de manière bien différente».

Cette réflexion va faire apparaître « la nécessité de projets de promotion de la santé visant la réduction des risques liés à la consommation, intraveineuse ou non, de drogues licites ou illicites¹».

Si l'on en croit ce texte à caractère politique, le Gouvernement de la Communauté française estime déjà en 1998 que l'alcool est sous-estimé dans les politiques de santé publique (au même titre que les médicaments et le tabac). La consommation excessive de boissons alcoolisées ne faisait pas partie, jusque-là, des priorités de la promotion de la santé en Communauté Française, et n'aurait été traitée qu'en tant que cause d'autres pathologies, notamment le cancer².

Programme 2004-2008

Le programme quinquennal suivant dresse le même constat que le précédent, soit que l'accoutumance à l'alcool ne jouit pas de la même attention que celle liée aux psychotropes illicites.

Statu quo, donc, dans la volonté affichée de prendre en compte cette assuétude. Petite nouveauté, cependant, anecdotique au premier abord : la volonté de « légiférer et contrôler l'environnement, l'équipement et l'accès aux boissons alcoolisées et stimulantes dans les lieux à activités physiques », qui est un des objectifs opérationnels liés à la promotion de l'activité physique³ (laquelle est une innovation par rapport au plan quinquennal précédent, même si elle n'a pas encore trouvé d'application à l'heure de la rédaction de ces lignes) Comme on le verra plus loin, la limitation de l'accès aux boissons alcoolisées, si elle n'est abordée ici que par l'angle relativement modeste des lieux réservés à l'activité physique, va rebondir et trouver un écho dans le débat (national, celui-là) sur la vente de limonades alcoolisées (« alcopops ») aux mineurs d'âge.

¹ Direction Générale de la Santé, Programme quinquennal et législation de promotion de la santé de la Communauté française 1998-2003, Ministère de la Communauté française, 1998., p.13-14.

² Ibid, p.13.

³ <http://www.sante.cfwb.be/charger/PQ2004.pdf> , Plan quinquennal de promotion de la santé 2004-2008, Chapitre III, point 5.1, p. 16

4.1.1.2. L'alcool dans les éléments de bilan du plan quinquennal 1999-2003

Certains éléments mis en perspective par ce bilan sont susceptibles d'éclairer, même indirectement, ce qui ressemble à une non-évolution d'un plan quinquennal au suivant (les objectifs restent les mêmes, pas de réelle avancée à mettre en lumière).

Ainsi, l'Arrêté du gouvernement de la Communauté française du 18 janvier 1995 relatif à la diffusion de campagnes d'éducation pour la santé par les organismes de radiodiffusion prévoit ceci : les organismes de radiodiffusion doivent accorder au gouvernement de la Communauté française, aux fins de diffusion de campagnes de promotion de la santé, un temps égal au temps de diffusion de publicités en faveur de médicaments, traitements médicaux et boissons alcoolisées diffusés au cours de l'année écoulée . Ces campagnes de promotion de la santé seront variées, incluant le thème des assuétudes au tabac, à l'alcool, aux médicaments ou à d'autres drogues.

Toutefois, lorsqu'on examine la répartition de ces espaces audiovisuels gratuits au cours de la période 1998 - 2002, on constate qu'aucun budget n'a été alloué spécifiquement à l'alcool. Pourtant, l'article 2 de cet Arrêté prévoit explicitement les thèmes principaux à aborder. Parmi ceux-ci, on trouve la prévention d'assuétudes qui incluent l'alcool.

En réalité, la mesure du volume de ces espaces de diffusion⁴ révèle une proportion de 6,9% de ces espaces accordés aux assuétudes, pour 13,3% au thème de la vaccination ou 10,7% au cancer du sein. Il est intéressant de noter que le pourcentage des équivalents budgétaires attribué au tabac s'élève aux mêmes 6,9% et constitue le sixième thème ayant pris le plus de place dans l'espace audiovisuel. Bien que ce budget ait été destiné aux assuétudes en général, ce sont les campagnes contre le tabagisme qui en ont exclusivement bénéficié. Drogue licite, certes, mais pas alcool.

Par ailleurs, le budget global de promotion de la santé dédié aux assuétudes est consacré pour 5,4% à l'alcool durant la période 1998-2002, pour 10,9% au tabac et 82,5% aux programmes « consommation de drogues » (ce qui sous-entend drogues illicites). Il est vrai que les médicaments sont encore moins bien lotis que l'alcool, puisque seuls 0,3% du budget assuétudes leur sont consacrés.⁵

Enfin, on retiendra que le Conseil supérieur de promotion de la santé se réjouit, dans les conclusions de ce bilan, de la prise en compte théorique des drogues légales parmi les assuétudes préoccupantes, même s'il relève que « parmi les programmes de prévention en toxicomanie, le tabac et l'alcool totalisent 16% du budget seulement »⁶

Il est peut-être utile de rappeler ou de signaler, d'ailleurs, que ce « budget » est en fait un « compte », c'est à dire une analyse des dépenses effectuées sur base des projets déposés. Dit autrement, si aucun projet n'était déposé dans ces matières au cours d'une année, le « budget » serait de 0 pour cette année-là. Les 16% totalisés par les projets « tabac » et

⁴ (en pourcentage des équivalents budgétaires)

⁵ Direction Générale de la Santé, Programme quinquennal et législation de promotion de la santé de la Communauté française 1998-2003, Ministère de la Communauté française, 1998., p. 28.

⁶ Ibid, p34

« alcool » reflètent donc le peu d'intérêt de la société civile pour la thématique, plus que le manque d'intérêt des pouvoirs publics.

4.1.1.3. L'alcool dans la politique développée par le Ministère de l'Intérieur (Secrétariat Permanent à la Politique de Prévention, Contrats de Sécurité et de Prévention, Plans Drogues)

La brochure « Drogues et Usage de drogues », éditée par le Secrétariat Permanent à la Politique de Prévention (SPP), responsable de la gestion des contrats de Sécurité et de Prévention⁷, illustre l'approche théorique des assuétudes adoptée par le Ministère de l'Intérieur et les secrétariats qui en dépendent.

La brochure est constituée aux deux tiers d'une information sur les produits. Ensuite seulement sont abordés les comportements, les risques, les attitudes face aux drogues. Dans le chapitre qui traite des produits, l'alcool est décrit et traité au même titre que d'autres « sédatifs » (médicaments, opiacés, solvants). Les autres catégories de produits sont les « stimulants » (cocaïne, speedí), les « hallucinogènes » (au rang desquels est rangé le cannabis), les « amphétamines hallucinogènes » et les « smartdrugs, smartproducts et ecodrugs ».

Indépendamment de cette classification, on note donc avec intérêt, dans le corps de la brochure, un écho à la tendance (relevée habituellement dans le champ de la promotion de la santé) à ne pas exclure les psychotropes légaux du champ des « drogues » et des dépendances (exception notoire dans cette brochure : le tabac, totalement absent).

Cette tendance se voit même renforcée à l'occasion de l'examen de la distinction entre drogues « dures » et « douces », comme l'indique le passage suivant : « Il est préférable de ne pas faire de distinction stricte entre drogues douces et dures. En effet, chaque produit peut être consommé de manière douce ou dure. La fréquence et l'intensité de l'usage sont beaucoup plus importantes que le type de produit consommé. »⁸

Il semble même que l'usage *problématique* de drogue ne soit pas lié explicitement ou exclusivement au produit lui-même. En effet, le SPP fait valoir que : « Pour déterminer si l'usage de drogue est risqué ou problématique chez une personne, on peut utiliser le principe suivant : lorsque le produit remplit une fonction qui ne peut plus être atteinte sans celui-ci, l'usage de drogue est devenu problématique. »

La dangerosité, les nuisances, les « problèmes », si on en croit ces lignes, ne sont exclusivement liées ni au produit, ni à son statut légal, ni au couple radical « abstinence/consommation », mais bien plutôt à une *manière* de consommer.

Etonnamment, cette position semble plus proche de celle de la Liaison Anti-prohibitionniste ou d'asbl représentées dans les FEDITO, et du champ de la promotion de la santé en général, que de celle qu'on attribue habituellement aux contrats de sécurité, par définition plus *sécuritaires* et perçus dans le champ de la santé comme *prohibitionnistes* (donc distinguant de manière drastique drogues illégales et alcool par exemple).

⁷ Secrétariat Permanent à la Politique de Prévention, Drogues et Usage de drogues , Service Public Fédéral Intérieur, 2004

⁸ Ibid, p28

Toutefois, on n'oubliera pas que, comme nous le signalions dans notre précédent rapport sur l'usage de drogues en Communauté française⁹, la CTB (Concertation Toxicomanies Bruxelles)¹⁰ signalait en 2004 déjà que l'attitude de l'appareil répressif par rapport à l'alcool était bien plus d'un « laisser faire » que de l'attention portée aux drogues illégales - particulièrement vis-à-vis de la population des sans-abri, hélas de plus en plus encline à la surconsommation ostensible d'alcool.

De plus, la position à l'égard des produits est nettement plus partagée, voire ambiguë dans la dernière section, intitulée : « Quelle attitude faut-il adopter en tant que parent, enseignant, éducateur ou intervenant professionnel confronté à l'usage de drogues ? ».

En effet, bien qu'on y retrouve le distinguo entre phase expérimentale, usage régulier et usage problématique, il est suivi d'un paragraphe nettement plus radical :

« Un certain nombre d'obstacles peuvent venir entraver le chemin vers le but final (une existence sans drogue et heureuse) (í) »¹¹.

Ce point de vue contraste également avec la position adoptée, dans la même section, vis-à-vis de l'alcool (seul produit cité nommément, les autres disparaissant soudain dans une sorte d'ensemble indifférencié ó « la drogue »).

Voici ce passage :

« Les parents, les enseignants et les éducateurs ont aussi une fonction d'exemple importante, et ce autant pour le bon que pour le mauvais. Une discussion ouverte doit être possible sur l'usage d'alcool, les moments d'usage excessif ainsi que sur ses avantages et inconvénients. Toutefois, cela ne signifie pas pour autant que les parents ne peuvent jamais en abuser. Les parents sont également des êtres humains, et ces derniers ne se comportent pas toujours de manière raisonnable. »¹²

On notera donc *a minima* que le corps du texte rédigé sous la houlette du SPP (que l'on peut considérer comme reflétant la position de la « Direction générale Politique de Sécurité et de Prévention »), oscille *en théorie* entre l'éducation à la santé ó voire à la consommation responsable - proche des positions du secteur de la promotion de la santé, et une position abstentionniste qui au contraire s'en éloigne. La seule substance qui ne souffre pas cette contradiction est le produit « alcool » : il jouit de bout en bout d'un statut qui englobe usage, excès, avantages, inconvénients, abus avéré et même consommation déraisonnable *occasionnelle*.

Nous reviendrons sur ces positions dans la section « débat / évolution de la situation ».

4.1.1.4. L'alcool dans le rapport d'experts aux Ministres en charge de la santé en Communauté française et en Région Wallonne, préalable à un plan concerté de prévention, de aide et de soins en matières d'assuétudes

Le 14 octobre 2004, le Gouvernement conjoint de la Communauté française et de la Région Wallonne chargeait les ministres en charge de la santé dans ces deux entités, Catherine Fonck

⁹ Secrétariat Permanent à la Politique de Prévention, Drogues et Usage de drogues , Service Public Fédéral Intérieur, 2004, p40

¹⁰ VANDERVEKEN M., Note de synthèse: groupe de travail óRue et première ligneó, document CTB, p3

¹¹ Ibid, p42

¹² Ibid, p40

et Christiane Vienne, de mettre en place un collège d'experts afin de préparer un plan concerté de prévention, d'aide et de soins en assuétudes. Cette démarche rejoint une volonté d'action concertée et intégrée déjà ancienne, incarnée par la « Note politique du gouvernement fédéral relative à la problématique de la drogue » de janvier 2001, ou encore par la « Cellule Générale de Politique en matière de Drogues », dont la création (toujours en attente) était prévue par la même note.

En juin 2005 ce collège, composé de représentants des deux entités mais aussi de la Région bruxelloise, a remis un rapport de « recommandations en vue d'un plan concerté ».

Globalement, ce rapport s'approprie et prolonge la volonté aujourd'hui classique en santé publique, de ne pas distinguer drogues légales et illégales. Le rapport développe divers volets de la gestion des assuétudes, et est émaillé de 76 recommandations. Certains passages du rapport et certaines des recommandations ont trait à l'alcool :

- **Priorité à l'aspect santé plutôt qu'à l'aspect nuisances** : entre les deux aspects des consommations de drogues : santé publique d'une part, nuisances/réponses aux nuisances de l'autre, priorité est donnée par les experts à la santé publique. En tant que problème, mais aussi en tant que réponse au problème. Cette analyse repose sur le constat que l'abus de drogues provoque avant tout incapacités, maladies et décès. Les effets sociaux (nuisances) ne sont toutefois pas négligeables : l'exemple cité dans le rapport est celui des violences dues à l'alcool.
- **Communication adéquate à la population** : les experts soulignent la nécessité de faire adhérer la population aux objectifs politiques, et pour cela le besoin d'un exposé équilibré entre les divers produits, tenant compte des problèmes qu'ils engendrent réellement pour la société. Là encore, l'usage abusif d'alcool est cité. Et le rapport de conclure : « Une politique déséquilibrée (focalisée par exemple sur les drogues illégales) risque d'entraîner plus d'affrontements et de rejet que d'adhésion si elle omet d'inclure des problèmes dont les effets sont plus importants et plus graves pour la société. »¹³
- **Globalité ou spécificité** :
 - ❖ Comme le veut l'approche globale maintes fois décrite, les services spécialisés abordent l'alcool au même titre que les drogues illicites (**globalité**). Ceci d'autant plus que l'alcool est le plus souvent associé (comme le tabac), à la consommation de ces produits interdits par la loi (**polyconsommation**).
 - ❖ Toutefois, le rapport préconise également de favoriser le développement des projets ciblant exclusivement l'alcool (**spécificité**). Ainsi, l'alcool pourrait ne plus être cette substance qui « a jusqu'à présent peu mobilisé l'intérêt sur le plan préventif »¹⁴. Certaines initiatives récentes en ce sens sont toutefois à signaler. Elles devraient être soutenues et développées.
 - ❖ Autre débat découlant du couple action globale/action spécifique : celui des **acteurs dédiés ou non dédiés**. En effet, des acteurs moins spécifiques à la problématique de la (sur)consommation d'alcool voient cependant celle-ci étroitement liée à leur pratique : citons la prévention cardio-vasculaire, la pratique sportive (bénéfique à plus d'un titre, mais exposant souvent à la consommation d'alcool), les champs professionnels et les actions des enseignants, animateurs, assistants sociaux, etc. Ces acteurs « non dédiés » devraient bénéficier, selon le

¹³ Constats et recommandations en vue d'un plan concerté en matière d'assuétudes (RW/CF/CCF), Collège d'experts Région Wallonne, Communauté Française, COCOF, Juin 2005, p9

¹⁴ Ibid., p25

rapport, d'un partage des savoirs et des savoir-faire des intervenants en assuétudes (acteurs dédiés).

- **Réduction des risques** : le rapport fait valoir que « Les stratégies de réduction des risques sont par définition, en termes de santé publique, pertinentes quelque soit le produit. »¹⁵. Or, cette logique même souffrirait de la dualité entre produits licites/illicites, puisque la réduction des risques, l'éducation à la consommation responsable, ne sont que peu ou pas appliquées à l'alcool. Ces stratégies sont pourtant de plus en plus reconnues quand elles s'appliquent aux drogues illicites, mais perdraient de leur crédit face à la banalisation de l'alcool et même de ses méfaits. Dans l'optique de réduction des risques et d'éducation à la consommation responsable, le comité d'experts ciblerait le mésusage d'alcool avant l'alcoolisme lui-même (intervention en amont du problème).
- **Liens entre réduction des risques et moyens de prise en charge** des personnes toxico-dépendantes. Il s'agit ici du lien entre professionnels de santé généralistes d'une part (en priorité les médecins) et ceux du secteur spécialisé de l'autre (et plus particulièrement les acteurs de la réduction des risques). Le relais vers les médecins et vers une éventuelle prise en charge se ferait assez couramment, tandis que le relais inverse (vers les acteurs et/ou les messages de la Rdr) ne serait que trop sporadique. Le rapport place la consommation d'alcool en tête des exemples à aborder par les généralistes sous l'angle de la réduction des risques, lorsque cette consommation représente un réel danger de dégradation de la santé du patient. Une **approche** non jugeante et **non intrusive** serait la clé d'ouverture d'un réel dialogue. **Des outils favorisant ce genre d'approche** existent, et parmi eux le CAGE pour l'alcool¹⁶ p. ex.).
- **Éducation des jeunes** : les comportements des jeunes en termes de consommation d'alcool seraient à surveiller, notamment en raison des stratégies commerciales de plus en plus agressives. Une grande difficulté à aborder le sujet serait observée chez les adultes responsables (parents, éducateurs, professeurs), d'où la nécessité de former des **adultes-relais** sur ce thème spécifique, qui proposeraient ou développeraient notamment des alternatives à la consommation d'alcool par les jeunes.
- **Parents d'usagers** et d'usagers problématiques : des groupes de soutien existent pour ceux-ci, en Communauté française. Ces groupes d'auto-support sont peu nombreux pour les drogues illicites (4 ou 5 au total). Ces groupes, en revanche, sont très répandus pour l'entourage des personnes alcooliques (groupes « AL-ANON »).

4.1.1.5 Le « Plan alcool » de la Cellule Politique Santé Drogues (CPSD)

La CPSD, active depuis 2001, réunit tous les niveaux de pouvoir entre le fédéral et les entités fédérées, mais uniquement pour les compétences de santé en rapport avec les assuétudes.

Une ébauche de « Plan Alcool » est en travail au niveau du secrétariat de la cellule. Pour l'instant, il se limite surtout à un rappel des principes internationaux (OMS et UE) ainsi que des points de la note politique fédérale de 2001 concernant les drogues.

On y retrouve des principes tels que la nécessité et le droit à une information correcte et impartiale sur tous les effets de l'alcool (y compris négatifs et en abordant le mésusage) ; la nécessité et le droit à ne pas être soumis à des pressions ou incitations excessives à la boisson

¹⁵ Ibid., p30

¹⁶ CAGE, les 4 questions "screening alcohol" de l'American Psychiatric Association

(publicités) et ce particulièrement en ce qui concerne les jeunes ; la nécessité d'un strict contrôle de l'accessibilité des boissons alcoolisées pour les jeunes et d'une éventuelle dissuasion par les prix (taxation) ; la nécessité de promouvoir responsabilités légale et éthique chez les annonceurs et chez les débiteurs de boissons alcoolisées ; la nécessité de réduire les dommages (« harm ») liés à la consommation d'alcool ; etc.

Ces principes devraient normalement être peu à peu traduits en propositions de plan par les entités fédérées et le fédéral, au sein de la CPSD.

Puisqu'il est question de plan et des principes qui le sous-tendent, concluons sur la note politique fédérale de janvier 2001 avec Jean-François Servais (responsable du service « Droits des Jeunes » de Liège) : ce dernier soulignait lors du colloque « Les jeunes et l'alcool » que, dans la note, le « gouvernement entendait mettre l'accent très clairement sur la prévention et (í), considérant notamment que les parents ne peuvent ou ne doivent pas être les seuls à l'assumer, la structure scolaire, les programmes scolaires étaient très explicitement mis en avant. »¹⁷

Les choses en sont, hélas, restées là.

4.1.2. Cadre législatif, réglementaire, déontologique

Les textes et références diverses seront exposés ici avec le minimum de commentaires, mais seront débattus pour partie dans la section 4, « Conclusions et recommandations ».

Tous les textes ci-après sont disponibles sur le site du Ministère de la Justice à l'URL www.just.fgov.be, à la rubrique « législation consolidée, lois. », classés entre autres par ordre de promulgation. Ils sont également parus au Moniteur belge.

4.1.2.1. Loi du 28 décembre 1983 sur la patente pour le débit de boissons spiritueuses

Cette loi entend définir qui a la compétence d'accorder à un commerce une patente permettant le débit de boissons « spiritueuses » (ce terme précis a son importance), et à quelles conditions. En l'occurrence, c'est le Ministre des Finances ou son délégué qui accorde la patente. Pour cela, un ensemble de garanties de moralité est exigé, via un examen du casier judiciaire.

Par ailleurs, cette loi contient des précisions en termes de publicité (publicité dont il sera également question plus bas) :

Art. 5. § 1er. Il est interdit à tout débitant d'apposer ou de laisser apposer, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du débit, des enseignes, affiches ou emblèmes quelconques incitant à consommer des boissons spiritueuses.

¹⁷ *Les jeunes et l'alcool, vers un réseau, Les actes du colloque 18 mai 2004, in Les Cahiers de Prospective Jeunesse, n° 32, Bruxelles, p 30.*

Il semble de plus que le législateur ait eu le souci de préserver la santé publique, entre autres en termes de conduite automobile et de consommation des mineurs:

Art. 9. *Dans les débits installés sur la voie publique ou situés sur le domaine des autoroutes, il est interdit de servir, même à titre gratuit, des boissons spiritueuses.*

(i) Il est interdit d'installer un débit où des boissons spiritueuses sont servies, même à titre gratuit, dans les hôpitaux, les cliniques et les écoles, ainsi que dans les locaux où se réunissent exclusivement ou principalement des groupements de mineurs d'âge. Cette interdiction ne concerne pas les débits occasionnels. La vente de boissons spiritueuses à emporter est interdite sur le domaine des autoroutes.

En termes de vente ou délivrance d'alcool à des mineurs, un autre article est encore plus clair :

Art. 13. *Le fait de servir, même à titre gratuit, à des mineurs, des boissons spiritueuses à consommer sur place, est interdit dans les débits de boissons. La vente et l'offre, même à titre gratuit, à des mineurs, de boissons spiritueuses à emporter, sont interdites.*

Donc, soyons clair : aucun débit de boissons ne peut vendre ou offrir des *boissons spiritueuses* à des mineurs (- de 18 ans), que ce soit pour les emporter ou les consommer sur place.

Enfreindre cette disposition expose à une amende allant de 2,5 à 100 EUR et à une interdiction de vendre ou débiter des boissons alcoolisées pendant trois ans au plus.

Quant à la définition même des « boissons spiritueuses » dont le débit et la vente sont réglementés ici, le texte renvoie de fil en aiguille à l'article 16 de la *loi du 7 janvier 1998 concernant la structure et les taux des droits d'accise sur l'alcool et les boissons alcoolisées*. L'article en question désigne les boissons par des codes issus de la *nomenclature combinée du tarif douanier commun des Communautés européennes*.

Sont ainsi considérés comme spiritueux, entre autres :

- Les « eaux-de-vie », contenant ou non des produits en solution. La définition des eaux-de-vie étant la suivante : « liquides produits par distillation de boissons alcooliques ou de fruits en fermentation, dont le titre alcoométrique volumique acquis minimum est de 37,5 % vol » (exemples : armagnac, gin, whisky).
- L'alcool éthylique, dénaturé ou non.
- Les liqueurs : produits élaborés à partir d'eaux-de-vie ou d'alcool éthylique aromatisés ayant une teneur en sucre minimale de 100 grammes par litre.

Selon la loi belge, ces produits, mêmes mélangés à des produits appartenant à d'autres catégories (définies selon les tarifs douaniers), sont considérés comme spiritueux dès qu'ils ont un *titre alcoométrique acquis excédant 1,2 % vol*¹⁸ - Cela comprend donc les « alcopops » (dits aussi breezers ou premix ou encore limonades alcoolisées), dès lors frappés des mêmes restrictions de vente ou débit aux mineurs que les autres spiritueux

¹⁸ Loi du 7 janvier 1998 concernant la structure et les taux des droits d'accise sur l'alcool et les boissons alcoolisées, art. 16

La liste exhaustive des spiritueux, selon la nomenclature européenne, est décrite au *règlement CEE n° 1576/89 du Conseil du 29 mai 1989*

Mais attention : la loi de 1998 comprend également toutes les catégories suivantes (autres que celle des « boissons spiritueuses » décrite à l'article 16), et que rien ne semble interdire aux mineurs dans la loi sur la patente pour le débit de boissons spiritueuses de 1983 (et pour cause, puisque ce ne sont pas des « spiritueux ») :

« Bière » ; « Vins » ; « Boissons fermentées autres que le vin ou la bière » ; « Produits intermédiaires ».

A ce sujet, venons-en au texte légal suivant :

4.1.2.2. Arrêté-Loi du 14 novembre 1939 relatif à la répression de l'ivresse

Ce texte régleme le débit de « boissons enivrantes » à des mineurs, ou à des personnes ivres. Cependant, l'objet principal n'en reste pas moins, comme l'indique l'intitulé, la répression de l'ivresse.

On notera que, selon la classification qui nous intéresse, le terme « boissons enivrantes » comprend très certainement vins et bières, que nous ne trouvons pas sous l'appellation « boissons spiritueuses ». « Les boissons enivrantes » sont donc une catégorie plus large, qui d'ailleurs inclut très certainement les « boissons spiritueuses (« qui peut le plus, peut le moins » : si une bière est enivrante, un armagnac ou un gin, qui titrent nettement plus, le sont forcément aussi !).

Les articles qui nous intéressent sont le 4 et le 5 :

Article 4

Est puni d'un emprisonnement de huit jours à un mois et d'une amende de 26 francs à 50 francs ou d'une de ces peines seulement, quiconque sert des boissons enivrantes à une personne manifestement ivre. Si celle-ci est âgée de moins de dix-huit ans, la peine est doublée.

Dans ce cas-ci, ce qui est puni, c'est le fait de contribuer sciemment à enivrer quelqu'un, que la boisson ait été vendue ou donnée, qu'on soit cabaretier ou simple particulier. Le consommateur ivre est ainsi protégé contre une aggravation de son état, et, parmi ces consommateurs abusifs, les mineurs sont plus protégés que les autres (aggravation de l'amende).

Article 5

Sont punis d'un emprisonnement de huit jours à quinze jours et d'une amende de 26 à 50 francs, ou de l'une de ces peines seulement, les cabaretiers et débitants, ainsi que leurs préposés, qui, sans motif plausible, servent des boissons enivrantes à un mineur âgé de moins de *seize* *ans.*

Pas de « boissons enivrantes », donc, pour les mineurs de moins de 16 ans dans les débits de boissons (et encore : quid du « motif plausible ») ; pas plus que de boissons enivrantes à une personne ivre dans ou hors d'un débit de boissons (et encore moins à un mineur). Tout le

reste, comme le souligne le commentaire d'un juge de la jeunesse¹⁹, n'étant pas interdit, est permis, en ce compris vendre du vin et de la bière, et pourquoi pas des spiritueux, aux mineurs dans les magasins.

On notera aussi que la loi précédente interdisait aux débits (cafés) de vendre des spiritueux à tout mineur, alors que celle-ci (boissons enivrantes) oublie les 16-18 ans. On pourrait donc dire des 16-18 ans qu'ils peuvent boire dans ces établissements toute boisson enivrante qui n'est pas un spiritueux. Ou encore, sous forme de boutade, faire l'équation suivante : « boissons enivrantes » ó « spiritueux » = vins, bières

4.1.2.3. Résolution de la chambre afin de circonscrire les alcopops au rayon des boissons alcoolisées ; 3 mars 2005

Considérant notamment l'expansion fulgurante du jeune marché des « alcopops » ou « designer drinks » (soit les limonades alcoolisées), au sein d'un public très jeune et notamment féminin ; considérant également l'effet « facilitateur » de ces boissons (elles masquent le goût de l'alcool, peu apprécié des très jeunes, par celui de la limonade), ou encore le fait que la consommation d'alcool est une des plus grandes causes associées à la mortalité des jeunes (accidents, violences, suicides) ; considérant enfin que la législation n'est plus adaptée, n'ayant pas prévu l'arrivée de ce nouveau type de produits, les parlementaires, dans une résolution de la chambre, ont demandé au gouvernement fédéral :

- I. *d'établir des dispositions légales contre la publicité en faveur des boissons contenant de l'alcool en attirant l'attention des jeunes consommateurs essentiellement sur les dangers de la consommation d'alcool sous toutes ses formes. En ce qui concerne plus spécifiquement les alcopops, des mentions spéciales et visibles devront être apposées sur les contenants attirant l'attention des jeunes sur le fait que ces boissons ne goûtent pas l'alcool mais en contiennent;*
- II. *de renforcer les dispositions actuelles en ce qui concerne le contrôle et le respect des législations en vigueur concernant l'interdiction de vendre de l'alcool aux jeunes et de leur servir de l'alcool sous quelque forme que ce soit;*
- III. *d'interdire la mise à disposition de toute boisson alcoolisée destinée à la vente en dehors du rayon, ou partie de celui-ci, réservé aux boissons alcoolisées;*
- IV. *de mener, en collaboration avec les Communautés, une campagne médiatique bien argumentée, qui attire l'attention des jeunes sur les dangers de la consommation d'alcool (sur les plans physique, psychique et social) et leur conseille de consommer moins de boissons alcoolisées.²⁰*

En résumé, le parlement demande une loi qui réglemente strictement la publicité pour les boissons alcoolisées ; qui rende obligatoire la mention claire et visible, sur les alcopops, du fait qu'ils contiennent de l'alcool ; qui impose le respect et le contrôle de la législation existante (trop souvent violée) interdisant de vendre ou de servir de l'alcool aux « jeunes » ; qui interdise également de présenter des boissons alcoolisées ailleurs que dans le « rayon

¹⁹ Le juge Lambert, voir <http://plan-drogue.marche.be/lois/detail.php?id=11>

²⁰ Proposition de résolution relative à la consommation d'alcool par les mineurs, Chambre des représentants de Belgique, 3 mars 2005, p5

alcools », et enfin qui institue une campagne médiatique de prévention de la consommation d'alcool, adressée aux jeunes.

4.1.2.4. Convention du 12 mai 2005 réglementant la publicité pour les boissons alcoolisées

Après beaucoup d'inquiétude et de longs débats, nés de l'augmentation des ventes d'«alcopops » à un public de mineurs de plus en plus jeune, le ministre fédéral de la Santé, Rudy Demotte, a fait signer le 12 mai 2005 une convention *contraignante* aux acteurs des secteurs concernés, soit : les producteurs (bières, vins et spiritueux) ; la distribution ; le secteur Horeca (fédérations des hôtels, restaurants et cafés) ; les professionnels de la restauration mais aussi les associations de consommateurs (Test-Achats et CRIOC) et le Jury d'Éthique Publicitaire (JEP).

Le code vise la publicité pour les boissons alcoolisées, soit toute communication favorisant la vente de produits contenant plus de 1,2% d'alcool. En voici la teneur :

- Il interdit d'associer la consommation d'alcool à la réussite sociale, sexuelle ou professionnelle, (ou de) viser ou utiliser des moyens qui aboutissent à viser spécifiquement les mineurs.
- Dans les médias (sauf spot radio de moins de 10 secondes) toute publicité pour une boisson alcoolisée devra être accompagnée de la mention : « Notre savoir-faire se déguste avec sagesse ».
- En outre, ce genre de publicité est banni des publications enfantines, des salles de cinéma proposant des films pour enfants, mais aussi 5 minutes avant, pendant, et 5 minutes après les émissions s'adressant aux enfants.
- La distribution est également réglementée : la vente de boissons alcoolisées dans les écoles ou leur voisinage est interdite, tout comme la non-séparation des « alcopops » et des limonades dans les commerces.

Il a été prévu, pour rendre la convention *contraignante* (c'est-à-dire qu'elle ait « force de loi »), que le Ministre Demotte insérerait un article spécial dans la loi de 1977 sur les denrées alimentaires. Dans l'intermédiaire (jusqu'au 30 septembre 2005), c'est le Jury d'Éthique Publicitaire (JEP) qui a été désigné garant de l'application de la convention. A cette fin, le JEP, composé de représentants des annonceurs, des agences de publicité et des médias, a été étendu à des représentants de Test-Achats et du CRIOC (Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs)..

Pendant ce laps de temps, les plaintes pour non-respect de la convention étaient à déposer auprès du JEP, qui peut imposer en cas de publicité non réglementaire une astreinte de 1000 EUR par jour.

4.1.2.5. Arrêté du gouvernement de la Communauté française du 18 janvier 1995 relatif à la diffusion de campagnes d'éducation pour la santé par les organismes de radiodiffusion

Il a été longuement question de cet arrêté au point 4.1.1.2. ci-dessus. Cette disposition stipule que les campagnes radiodiffusées de publicité pour boissons alcoolisées ou médicaments doivent donner lieu l'année suivante à une mise à disposition gratuite, par le radiodiffuseur, d'espaces équivalents destinés à la promotion de la santé. La prévention des assuétudes,

comprenant le mésusage d'alcool, fait partie des campagnes qui doivent occuper ces espaces gratuits. Selon Infor-drogues, cette disposition de promotion de la santé en Communauté française est tout à fait exceptionnelle, même au niveau international.

Voici les articles qui nous intéressent :

Article 1.

Au début de chaque année civile et au plus tard le 1er février, chaque organisme de radiodiffusion communique au Ministre qui a l'Audiovisuel dans ses attributions, le nombre et la durée des espaces publicitaires qu'il a consacré l'année précédente à la publicité en faveur des médicaments, traitements médicaux et boissons alcoolisées, et diffusés au cours de l'année

écoulée.

Celui-ci en informe le Gouvernement dans les quinze jours de la réception des informations.

Art. 2.

Un temps de diffusion de campagne équivalent à la durée visée à l'article 1er est mis gratuitement par l'organisme à la disposition du Gouvernement l'année suivante afin de promouvoir des campagnes d'éducation à la santé, principalement en matière de vaccinations, de protection maternelle, de l'enfance et de la jeunesse, d'intégration sociale et professionnelle des handicapés, de promotion du bien-être physique par le sport, de prévention du SIDA, et des assuétudes telles que tabac, alcool, drogue et médicaments.

Ce temps s'intègre dans le cadre des espaces publicitaires.

La conception et la fabrication de support de ces campagnes ne sont pas à charge des radiodiffuseurs.

Art. 3.

Ce temps de diffusion de campagne doit être situé dans des tranches horaires compatibles avec les habitudes de consommation télévisuelle des publics ciblés par les campagnes d'éducation pour la santé et être compatible avec les contraintes des grilles de programmes.

(i)

4.2. Situation épidémiologique et tendances

4.2.1. Etude : La consommation d'alcool chez les jeunes. Quelles stratégies commerciales ?²¹

Pour des raisons techniques, le tableau récapitulatif des caractéristiques de cette étude n'a pu être rempli pour la plupart de celles-ci. Seules l'année de collecte de données (2004) et la population cible (11-12 ans, 15-16 ans, 17-18 ans) sont connues.

L'auteur-promoteur de cette étude est le CRIOC. Elle a été présentée dans le magazine en ligne « Du Côté des Consommateurs » numéro 162²². Elle aborde la question de la conquête

²¹ VANDERCAMMEN M., La consommation d'alcool chez les jeunes. Quelles stratégies commerciales ? , CRIOC, 2004

²² <http://www.oivo-crioc.org/textes/1097.shtml>

du marché « jeunes » par les alcooliers, via les alcopops (cfr ci-dessus). Elle donne aussi au passage des informations sur les tendances en termes de consommation dans la population.

L'étude relève ainsi que chez les jeunes, l'intérêt pour l'alcool augmente avec l'âge, et ce selon 3 indicateurs : achat ; essai (goûter) et consommation/semaine. « Ainsi, en vieillissant, le jeune achète plus souvent des boissons alcoolisées avec son argent de poche, goûte plus des boissons alcoolisées, consomme plus de boissons alcoolisées, et ce en plus grand nombre. (1) Près de 9 jeunes sur 10 ont déjà consommé de l'alcool. A 11-12 ans, ils ont déjà bu leur premier verre. Avec l'âge, la consommation augmente. Si à 11-12 ans, 2 jeunes sur 3 ont consommé de l'alcool, ils sont presque 9 sur 10 à en avoir consommé à 15-16 ans. En grandissant, le jeune augmente sa consommation de boissons alcoolisées et la diversifie à travers cocktails, apéritifs et alcopops. »²³

Par ailleurs, l'étude souligne la stagnation des ventes de vins (et mousseux) et de bières dans tous les pays européens, et même une diminution des ventes pour les « eaux-de-vie », et ce de 1980 à 2001 certainement.

Quant à l'âge moyen des consommateurs de boissons alcoolisées, il augmente, notamment pour les vins et les mousseux, pour la même période. De plus, le statut social du vin aurait changé, même si sa consommation demeure un rite d'insertion :

« Au départ, l'enfant pré-adolescent, à l'occasion d'une cérémonie familiale (communion, anniversaire, fêtes de fin d'année) est invité à tester le vin (1). Souvent, il s'agit d'un blanc liquoreux. Par la suite, les parents encourageront à l'occasion d'une autre fête, la dégustation du même vin ou d'un vin blanc fruité.

A l'adolescence, le jeune s'intégrera au sein du banquet familial en dégustant un verre de vin lors du repas, ou du mousseux ou du champagne à l'apéritif.

La consommation festive de vin deviendra régulière après 18 ans, notamment lors des sorties familiales au restaurant.

Le passage à la vie en couple encouragera la consommation de vin lors des réceptions ou des sorties au restaurant.

La consommation régulière "en couple" n'apparaît qu'au-delà des 30 ans (avec le premier enfant !). Enfin, la consommation "privée" n'apparaît qu'après la quarantaine. »²⁴

Au total, les jeunes deviendront des consommateurs de vin comme le sont leurs parents, et les producteurs n'ont donc pas de mouron à se faire de ce côté.

Pour la bière et les boissons spiritueuses en revanche, il s'agissait pour les producteurs de réagir afin de pallier l'évolution de leur consommation. C'est la raison de la récente segmentation du marché, des stratégies de marketing proactives s'adressant aux jeunes et de l'invasion du marché par des produits nouveaux majoritairement plus sucrés.

4.2.2. Etude : Dépistage des patients ayant un problème de consommation excessive d'alcool ²⁵

L'auteur-promoteur de cette étude est la SSMG-ULG.

²³ VANDERCAMMEN M., La consommation d'alcool chez les jeunes. Quelles stratégies commerciales ? , CRIOC, 2004, p2

²⁴ Ibid., p3

²⁵ FILEE D., GOSSET C., REGINSTER J-Y, DOR B., ORBAN T., Probex, Projet buveurs excessifs, SSMG-ULG, 2004, p49

Année de collecte de données	2001-2002
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	Dépistage de la consommation excessive d'alcool
Population cible	Population générale
Méthode d'échantillonnage	
Echantillon d'étude	2096
Taux de réponse	99,33%
Couverture française	Patientèle de 29 médecins généralistes en Communauté française
Distribution d'âge	17-97 ans
Instruments d'investigation	Questionnaire auto-administré

Le test :

Du 29 octobre 2001 au 8 février 2002, 40 médecins généralistes ont été invités à proposer systématiquement à leur patientèle le test AUDIT (voir ci-dessous, point 3.1.2. pour une description de cet outil, composé de 10 questions dont les réponses sont « cotées » entre 0 et 4 points), en vue de dépister les patients ayant une consommation excessive et de tester ensuite de nouveaux outils de prise en charge. A partir d'un score de 6 pour les femmes, 7 pour les hommes, le questionnaire est considéré comme « positif », c'est-à-dire qu'une consommation excessive peut être suspectée.

Sur ces 40 médecins, seuls 29 ont finalement renvoyé des tests AUDIT, qui concernaient 2096 patients. Ces 2096 fiches comprenaient 12 refus (causes : manque de temps, questions indiscretes, etc.). Cependant, 2079 des 2084 fiches restantes ont pu être interprétées.

Le test était distribué en salle d'attente aux patients de plus de 18 ans suivis depuis au moins 18 mois par le médecin. Il était proposé systématiquement à tous les patients vus, ou à un sur deux, ou encore un sur trois, au choix du médecin. Les médecins devaient appliquer le test jusqu'à dépister un minimum de 18 patients.

Définitions :

L'« unité » d'alcool est définie comme un verre de n'importe quelle boisson alcoolisée, contenant environ 10g d'alcool. Quant aux consommateurs, ils sont répartis entre :

- *Consommateur anodin* (ou modéré) : consommation sous les 4 unités par jour (hommes), 2 unités par jour (femmes). Ce sont les seuils recommandés par l'OMS.
- *Consommateur à risque* : consommation excédant les seuils recommandés par l'OMS, sans que le consommateur n'en subisse des conséquences négatives pour autant.
- *Consommateur à problèmes* : c'est le consommateur qui subit les conséquences négatives de sa consommation (physiques, sociales, psychologiques, etc.)
- *Consommateur excessif* : cette catégorie regroupe les deux précédentes
- *Alcoolodépendant* : c'est le consommateur qui a perdu le contrôle de sa consommation. La dépendance peut être physique (symptômes de sevrage) ou psychique.

- *Abstinent* : c'est le *non-* consommateur. L'*abstinent primaire* n'a jamais consommé régulièrement d'alcool, tandis que l'*abstinent secondaire* a arrêté d'en consommer après avoir été un consommateur problématique.

Quelques résultats :

Prévalences : 515 des 2079 questionnaires valides étaient positifs, soit une prévalence du problème de 24,8%. Les prévalences des différentes catégories sont les suivantes : 56% de consommateurs modérés ; 15,4% de consommateurs excessifs ; 10,5% de consommateurs potentiellement dépendants (on parle en effet de « suspicion de dépendance ») et 18% d'abstinents. Parmi ceux-ci, les abstinents secondaires (anciens « problématiques ») représenteraient au moins 1,2% de l'ensemble des patients.

Influence du sexe : 34,7% des hommes, pour 17% des femmes, ont rendu un test positif ($p < 0,001$), soit un sex ratio H/F de 2,6. Les habitudes de consommation sont également influencées par le sexe ($p < 0,001$) : il y a davantage d'abstinentes et de buveuses modérées, moins de buveuses excessives et de scores élevés suggérant la dépendance chez les femmes.

Influence de l'âge : La répartition des tests positifs varie également selon l'âge ($p < 0,001$). La tranche la plus touchée est celle des 45-54 ans :

Influence du milieu : Le milieu de vie du patient induit lui aussi des différences significatives ($p = 0,044$). Ainsi la proportion de tests positifs est de 24% en milieu urbain ; 22,5% en milieu suburbain et 29% en milieu rural.

Mais globalement, les différences sont surtout le fait de la proportion d'abstinents primaires : 20% en milieu urbain, pour 19% en milieu suburbain et 12,6% en milieu rural.

Ces résultats révèlent les hommes âgés de 45 à 54 ans vivant en milieu rural comme les patients les plus exposés à rendre un test AUDIT positif (53,7%).

4.2.3. Flash Eurobaromètre n°158 : Young People and Drugs²⁶

Cette étude a déjà été détaillée au chapitre 2, point 2.1.2. Voici quelques résultats relatifs à la consommation d'alcool chez les jeunes européens (15-54 ans).

Au sein de l'Union Européenne (avant élargissement) il apparaît que la consommation régulière d'alcool ait montré une légère augmentation. Un bon quart des répondants déclarent ainsi consommer régulièrement de l'alcool (27% en 2004, pour 25% en 2002). Avec 34% de réponses positives à cette question en Belgique, notre pays arrive dans le peloton de tête (5^{ème} sur 15) des pays de l'Union, qui composent cette moyenne.

Dans l'Union, l'alcool est plus consommé par les jeunes en milieu urbain qu'en milieu rural. Il est aussi consommé régulièrement par plus de jeunes européens (31%) que de jeunes européennes (23%).

Consommations multiples : une analyse croisée montre qu'une plus grande proportion de buveurs réguliers se rencontre dans les jeunes déclarant avoir consommé des drogues (autres que le cannabis) au cours du dernier mois.

²⁶ http://europa.eu.int/comm/public_opinion/flash/fl158_en.pdf

4.2.4. L'enquête sur la santé 2004 (HIS): Population générale adulte²⁷

Auteur-promoteur de cette enquête récurrente: l'ISSP.

Cette enquête est elle aussi déjà décrite au chapitre 2 (point 2.1.1.).

Nous traiterons ici des questions de l'enquête relevant de la consommation d'alcool. Celles-ci, au nombre de 13, proviennent en partie du bureau régional de l'OMS-Europe, et en partie du CAGE, outil médical destiné à détecter la consommation problématique d'alcool (voir point 3.1.3.).

En voici quelques résultats intéressants, présentés après standardisation pour l'âge et le sexe. Pour rappel, ils concernent la population des plus de 15 ans :

Abus régulier :

Ce terme (dit aussi « consommation excessive ») renvoie à la consommation d'au moins 6 verres d'alcool sur la même journée.

L'abus régulier culmine en Wallonie (20% des + de 15 ans) pour s'abaisser en Flandre (18%) et plus encore à Bruxelles (14%). Différences considérées comme significatives.

En Wallonie, les hommes (30%) s'y livrent davantage que les femmes (11%). Les hommes de la classe des 25-34 ans y sont les plus vulnérables (43% d'entre eux sont touchés), alors que ce sont les 15-24 ans qui sont le plus concernées chez les femmes (21%).

Ni le niveau d'éducation ni le degré d'urbanisation de l'habitat n'influent sur l'abus régulier en région wallonne.

Consommation quotidienne :

10% des Belges de plus de 15 ans consomment de l'alcool quotidiennement.

Cette proportion croît de la région flamande (8%) à la région bruxelloise (12%) en passant par la région wallonne (11%).

En région wallonne, les degrés d'éducation et d'urbanisation ne font pas varier la consommation quotidienne de manière significative.

Quantités consommées

Sur l'ensemble de la Belgique, 37% des répondants ne boivent pas chaque semaine *ou* pas du tout. A l'opposé, 7% de la population consomme plus de 21 verres par semaine (pourtant le seuil à ne pas dépasser pour les hommes selon l'OMS).

Le taux de gros buveurs est comparable dans les trois régions (6-7%). En revanche, le taux moyen de boissons alcoolisées consommées par semaine est un peu moins élevé en région flamande (10) que dans les deux autres régions (11 à Bruxelles, 12 en Wallonie).

En Wallonie, la distribution selon les classes d'âges est homogène (plus ou moins 10 verres par semaine pour tous), sauf pour les 45-64 ans (14 à 15 verres).

²⁷ Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2004. Institut Scientifique de Santé Publique, Service d'Epidémiologie. Bruxelles, 2006.

Remarque importante : en région wallonne, au contraire des deux autres régions les indicateurs de consommation augmentent linéairement de manière significative. Ainsi, le taux de gros buveurs est passé progressivement de 5,2% (1997) à 7,5% (2004).

On ne constate pas en Wallonie de lien entre les quantités consommées par semaine et le niveau d'éducation ou le degré d'urbanisation.

Problèmes liés à la consommation

Cette catégorie est définie par les réponses aux 4 questions du CAGE (cfr 3.1.3.) : 2 réponses positives entraînent une suspicion de problèmes liés à la consommation d'alcool (parfois appelés ailleurs « dépendance à l'alcool » ou « consommation excessive »). Ceci est mesuré à l'exclusion des personnes qui n'ont pas consommé dans les 12 derniers mois.

Ainsi, en Belgique, on peut suspecter de tels problèmes chez 8% des plus de 15 ans consommateurs d'alcool. Ce type de problèmes serait à déplorer chez 11% de la population en régions wallonne et bruxelloise, pour seulement 6% en région flamande.

En région wallonne, les hommes sont significativement plus concernés que les femmes par ces problèmes.

Les âges extrêmes y sont moins touchés, hommes et femmes confondus, tandis que les 35-54 ans le sont davantage (13%).

Le degré d'urbanisation comme le niveau d'instruction sont aussi insignifiants que partout ailleurs.

En revanche, entre 2001 et 2004, la prévalence de cette consommation problématique y passe de 9 à 11%, augmentation considérée comme significative.

4.2.5. Enquête HBSC 2002 : La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire²⁸

Auteur-promoteur de l'étude : ULB-PROMES

Cette étude a été détaillée dans notre précédent rapport, mais nous allons nous attarder un moment sur les résultats concernant la consommation d'alcool.

Année de collecte de données	Plusieurs années entre 1986 et 2002
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	Etude des prévalences de comportements liés à la santé
Population cible	Elèves du secondaire
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire
Echantillon d'étude	40 000
Taux de réponse	A titre d'exemple : 96% (1994) ; 82% (1998) ; 89% (2002)
Couverture	Communauté française (sauf l'enseignement spécial)
Distribution d'âge	11 à 18 ans

²⁸ PIETTE D., PARENT F., COPPIETERS Y. et Al., La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire : quoi de neuf depuis 1994 ?, ULB-promes, 2003.

De 1986 à 2002, la consommation d'alcool chez les jeunes répondants reste relativement stable. La prévalence d'expérimentation (au moins une fois) oscille autour des 80 à 90 %. En 2002, 27% de ceux d'entre eux qui ont déjà consommé de l'alcool seraient des buveurs hebdomadaires. Cela dit, cette proportion était de 48% en 1986 et a diminué assez régulièrement entre les deux années.

La proportion de « grands consommateurs » (au moins 7 verres/semaine ou au moins 2 verres/jour) reste, elle, assez stable : autour de 25% (7/semaine) et autour de 10% (2/jour).

On observe une augmentation inquiétante de la proportion des jeunes qui ont déjà bu jusqu'à l'ivresse (aux alentours des 20% dans le début des années 90, pour approcher des 30% en 1998 et 2002). Les effets directs de l'ivresse sur la santé seraient moins à redouter que l'effet produit sur les comportements tels que conduite d'un véhicule, violences, relation sexuelles non protégées et/ou non désirées.

L'étude conclut que la réduction des risques liés à l'abus d'alcool devrait être intégrée à tout programme de prévention.

4.2.6. ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) 2003

Auteur-promoteur de l'étude: VUB (Lambrecht & al.)

Année de collecte de données	2003
Type d'étude	Monitoring
Objet primaire	Prévalence d'usage
Population cible	Etudiants qui vont avoir 16 ans au cours de l'année de collecte des données
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire
Echantillon d'étude	
Taux de réponse	
Couverture	
Distribution d'âge	15-16 ans (année de naissance : 1987)
Instruments d'investigation	Questionnaire auto-administré

Cette enquête est bien évidemment l'occasion d'une collecte de données sur la consommation d'alcool. En voici quelques résultats intéressants concernant les buveurs récents et les occasions d'abus :

Tableau 1 : Proportions des jeunes (%) selon le nombre d'occurrences de consommation d'alcool, le type de boisson et l'ivresse ó 30 derniers jours

	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40+	
Nombre d'occurrences de boisson	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40+	
Toutes boissons confondues	27,3	21,7	18,2	12,9	11,6	4,9	3,3	100
Bière	45,1	19,4	12,6	8,7	6,7	4,2	3,3	100
Vin	58,1	24,3	9,2	3,9	3,0	0,9	0,6	100
Spiritueux	45,5	25,0	12,1	7,7	6,1	2,3	1,3	100
Ivresse	73,4	18,5	5,1	1,8	0,8	0,1	0,3	100

On le voit, un peu moins d'un petit tiers des jeunes interrogés n'ont pas du tout bu récemment (30 derniers jours). Cela dit, si on y ajoute ceux qui n'ont pas dépassé les 5 occurrences, on atteint à peu près 67% des répondants. On tombe aux alentours de 10% pour 6 à 19 occurrences au cours du dernier mois, pour descendre encore aux alentours de 5% (20 à 39 fois) puis 3% (plus de 40 fois).

Ce n'est que dans les petites consommations que le volume du vin est comparable à celui des spiritueux et de la bière. Dès que le nombre d'occurrences augmente, celles-ci prennent le pas, indiquant apparemment une désaffection (ou un manque d'expérience) de ces jeunes par rapport au vin.

On relèvera quand même que presque 1/3 de ces jeunes (de maximum 16 ans !) a été ivre une ou deux fois au cours du dernier mois, tandis que sur 20 d'entre eux l'a été trois à cinq fois !

4.2.7. Indicateur de demande de traitement (TDI)

Auteur-promoteur : Eurotox

Année de collecte de données	1993-2004
Type d'étude	Monitoring
Objet primaire	Prévalence des conséquences d'usage
Population cible	Population générale
Méthode d'échantillonnage	non
Echantillon d'étude	non
Taux de réponse	
Couverture	SSM à mission toxicomanie, services spécialisés toxicomanie (traitement),... (voir couverture, chap 5 du présent rapport)
Distribution d'âge	
Instruments d'investigation	Fiche de recueil de données

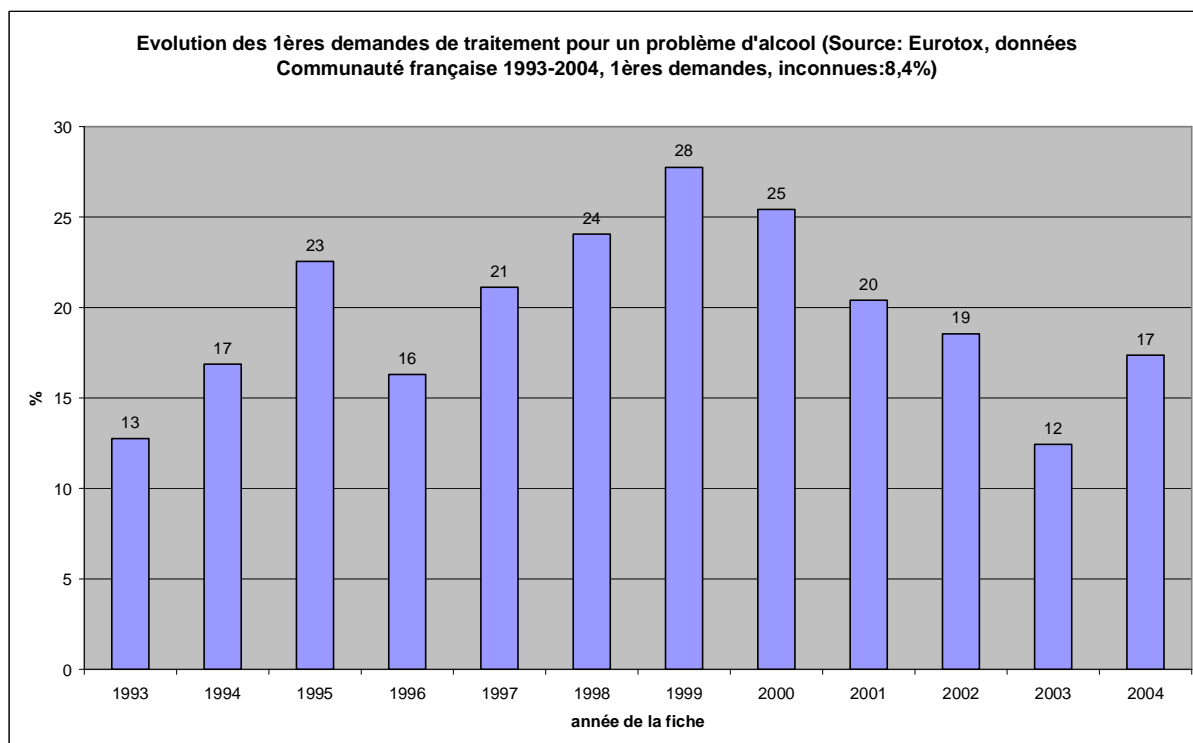
Les nouvelles demandes de traitement pour un problème d'alcool ont été en nette augmentation dans les années 90 (jusqu'à 28% en 1999). Ensuite, cette proportion montre une diminution brutale et se situe entre 14% et 19% pendant les 5 années suivantes.

Lorsqu'on considère uniquement les demandes de traitement alcool, on constate que la proportion des 1ères demandes varie entre 23% et 38% pour la période 1993-2004. En 2004, les 1ères demandes constituent 33% de l'ensemble des demandes alcool (nouvelles demandes).

- **Evolution des 1ères demandes de traitement alcool**

Les 1ères demandes de traitement alcool évoluent en forme des vagues (voir graphe ci-dessous). Une première vague de 1993 à 1996 avec une valeur de 23% en 1995, puis une deuxième jusqu'en 2003. Cette dernière augmente de 16% à 28% puis redescend jusqu'à 12% en 2003.

Figure 1 : Evolution des premières demande de traitement pour un problème d'alcool, 1993-2004



- **Alcool et consommation problématique d'un produit secondaire.**

L'analyse des données 2004 montre qu'il y a un peu plus d'1/4 des nouvelles demandes de traitements alcool qui sont associées à la consommation problématique d'un produit secondaire. Dans ces produits secondaires, on trouve 1/4 d'hypnotiques/sédatifs, un peu plus d'1/4 d'opiacés, un peu plus d'1/4 de cannabis et environ 1/6 de cocaïne.

Par ailleurs, l'alcool est cité plus d'une fois sur dix comme étant un produit secondaire problématique. Le produit principal à l'origine de la demande de traitement concerne des opiacés pour presque 40%, du cannabis pour 25%, de la cocaïne pour 15% et des hypnotiques/sédatifs pour 10%.

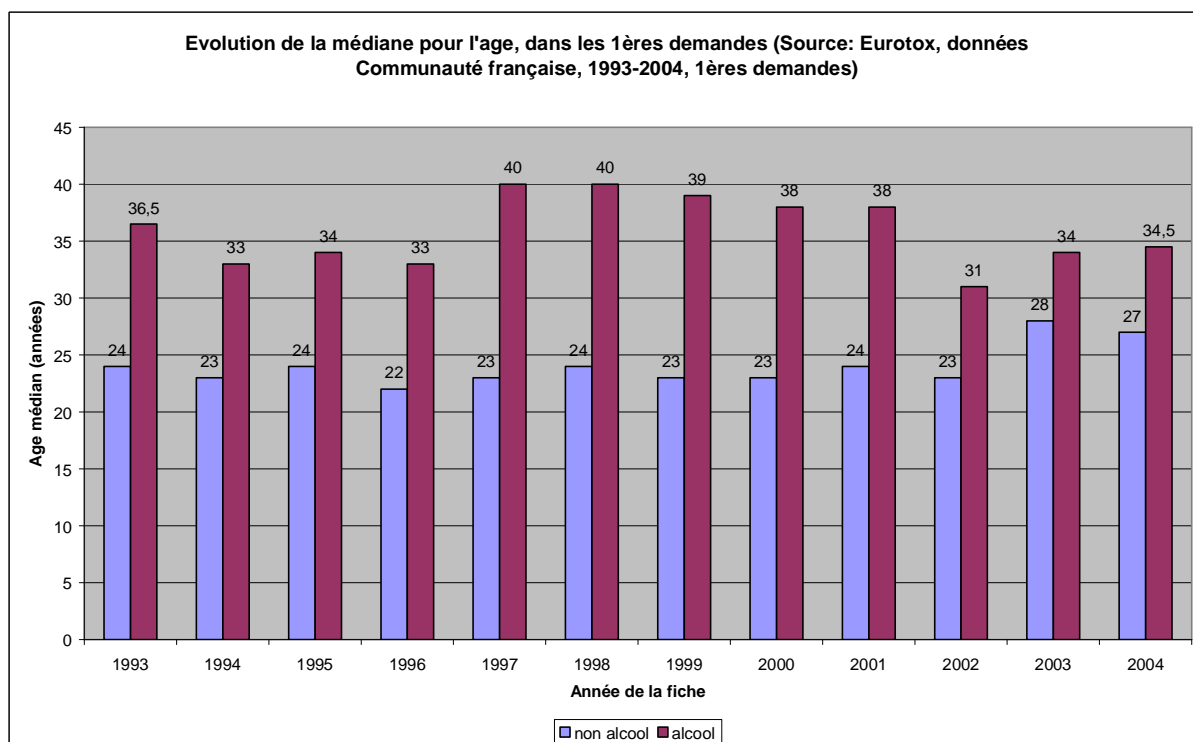
- **Âge**

De manière générale, les personnes qui formulent une demande de traitement pour un problème d'alcool sont nettement plus âgées que celles qui font une demande de traitement pour un autre produit. La médiane varie entre 31 ans et 40 ans pour un problème d'alcool tandis qu'elle se situe autour de 23 ans pour un autre produit. A cela, plusieurs hypothèses peuvent être envisagées: la consommation problématique d'alcool se développe plus lentement que pour un autre produit ou la consommation d'alcool est plus tardive.

Par ailleurs, on observe une variation de la valeur médiane pour le groupe alcool (la médiane descend de 38 ans à 31 ans en 2002) et le groupe "autre produit" qui atteint 28 ans en 2003. Ces observations pourraient s'expliquer soit par une prise en charge plus précoce du problème

soit par le déplacement de la consommation d'alcool problématique vers une population plus jeune.

Figure 2 : évolution de la médiane pour l'âge, 1993-2004



- **Sexe**

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la proportion des sexes lorsqu'on compare le groupe alcool et le groupe "autre produit".

Le test de proportion (χ^2) a été réalisé d'une part pour les nouvelles demandes et d'autre part pour les 1ères demandes.

- **Nationalité**

Le test de proportion (χ^2) réalisé montre qu'il y a une différence statistiquement significative entre les belges et les non belges.

Les belges ont 1,65 fois plus de risque (1,23-2,21) que les non belges de faire une demande de traitement pour problème d'alcool.

Tableau 2 : Nationalité, 1ères demandes - 2003/2004

N	Alcool (N)	Autre produit (N)	Total (N)
belges	180	884	1064
non belges	50	437	487
total	230	1321	1551

Source : Eurotox

Inconnues exclues: 10,2%

$P < 0,0005$

- **Milieu de vie**

Le résultat du test des proportions (X^2) indique qu'il y a une différence statistiquement significative pour le milieu de vie entre le groupe "alcool" et le groupe "autre produit". Les 1ères demandes de traitement sont proportionnellement moins importantes dans le groupe alcool lorsque le domicile est temporaire (13,6%) que dans le groupe des autres produits (21,5%).

Tableau 3 : Situation sociale (domicile), 1ères demandes - 2003/2004

	Alcool N(%)	Autre produit N(%)
sans domicile fixe (variable)	114 (10,2%)	15 (6,4%)
domicile temporaire (institution, prison)	153 (13,6%)	50 (21,5%)
domicile fixe	856 (76,2%)	168 (72,1%)

Source : Eurotox

Inconnues exclues: 21,5% , $P < 0.005$

4.3 Projets, programmes, tendances

4.3.1. Projets

4.3.1.1. Prévention

Rappelons que la prévention en matière de assuétudes est une compétence spécifique de la Communauté française, tandis que les compétences de traitement non-résidentiel, de réhabilitation ou de resocialisation sont du ressort de la COCOF et de la Région Wallonne, mais aussi du fédéral qui, via l'INAMI, finance les centres de rééducation fonctionnelle.

La mission centrale de la Communauté française concernant les drogues légales et illégales se situe donc en principe en amont d'une consommation problématique.

Parmi les projets de prévention des assuétudes subsidiés par la Communauté française, aucun n'est libellé spécifiquement « alcool », sauf :

- **Univers Santé : Colloque "Les jeunes et l'alcool, quel diagnostic et quelles actions d'éducation à la santé?"**

Ce projet était doté de 20 000 EUR, sur un budget global de 1.353.601,21 EUR consacré à la prévention des assuétudes en Communauté française en 2004.

La prévention de l'usage abusif d'alcool est en quelque sorte « noyée » dans les autres, sans bénéficier de réelle approche spécifique, ni faire l'objet d'une évaluation propre. Dans le compte-rendu du forum du 27 mai 2004 sur le mésusage d'alcool de la SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale), certains projets sont toutefois cités comme traitant explicitement (à défaut d'« exclusivement ») de l'alcool. Parmi eux :

- **Les bus « Diabolo-Manques »** (Pouvoir Organisateur : la Province de Liège, avec un co-financement de la Communauté française). Ceux-ci sillonnent le territoire de la Province de Liège avec une exposition itinérante décrivant le parcours d'un jeune et sa rencontre (ainsi que son positionnement) par rapport à divers produits psychotropes.
- **Les « semaines de prévention »** (pouvoir Organisateur : Province de Liège. En effet, on rappellera que les provinces peuvent elles aussi prendre des initiatives en termes de *médecine préventive*). Ce genre d'initiative a donc lieu en Communauté française, sans être directement subsidiée par elle.

Dans le même ordre d'idée, il faut savoir que les initiatives locales peuvent parfois s'articuler autour de l'alcool, sans pour autant être un projet assuétudes libellé « Communauté française » repris dans la liste officielle des projets de prévention des assuétudes. En voici deux exemples :

- **Opération Stadiers (24h vélo de Louvain-La-Neuve)**. Cette opération vise à promouvoir la santé au sein de l'événement en promouvant le contrôle de la consommation d'alcool. Les risques et accidents de tous types liés à cette consommation doivent ainsi être réduits.

Le projet fonctionne grâce à la formation de « stadiers », sur le modèle des stewards encadrant les supporters de football. Ceux-ci suivent des formations, notamment auprès de la Croix Rouge pour apprendre par exemple comment réaliser un appel efficace des secours ou encore la sécurisation des lieux. L'apprentissage d'une communication claire, de techniques d'assertivité ou de communication de rue sont également au programme.

Slogans et campagnes : à la prévention primaire a été préférée une communication sur le « bien faire » dont les slogans se déclinent par exemple en : « fête ça bien » ou autre « vas-y mollo » (deux campagnes imaginées par les étudiants et relayées par les stadiers).

On trouve aussi une formule proche de la « relax zone » rencontrée sur les sites de rave ou dans le milieu festif pour les consommateurs de drogues de synthèse : un hébergement de 200 lits est ainsi assuré dans une école, pour un petit ou plus long somme, le temps de récupérer. Des boissons non-alcoolisées sont distribuées (sponsoring) ou vendues à prix coûtant. Des accords ont été passés avec les étudiants pour que les boissons non-alcoolisées soient systématiquement moins chères que les boissons alcoolisées.

Etc.

Les subsides de cette opération ponctuelle et ciblée sont exclusivement universitaires (UCL, 21.000 EUR). Le groupe porteur de l'« Opération Stadiers » comprend Univers Santé, asbl créée par l'UCL même, qui mène des actions de prévention et de promotion de la santé en milieu étudiant. Ceci est une preuve supplémentaire de ce que la compétence et les budgets « assuétudes » en général, « alcool » dans ce cas particulier, sont très largement dispersés au sein d'autres compétences que la santé (ici l'enseignement universitaire ó UCL -).

On peut signaler par ailleurs, subsidié par la COCOF, le seul projet de prévention des assuétudes ciblant exclusivement le monde du travail, très centré sur l'alcool :

- **Santé et Entreprise**. En principe, cette institution intervient pour prévenir le développement d'assuétudes en entreprise, en adoptant une méthodologie

indépendante du produit. Toutefois, l'alcool et les « drogues » (illicites) font l'objet d'une méthodologie commune, tandis que le tabac est traité de manière un peu plus spécifique, étant un produit qui s'isole par ses caractéristiques (légalité, légitimité sociale même pendant les heures de bureau, etc.). Enfin et surtout, il faut signaler qu'au fil des interventions, cette institution a acquis une expertise unique dans la thématique de l'alcool au travail et de sa prévention, cette assuétude étant beaucoup plus commune que les addictions aux drogues illégales.

C'est ainsi que cette institution est régulièrement sollicitée « pour la formation de professionnels confrontés, dans le cadre de leur travail, à des personnes présentant un problème d'alcool (aides familiales, travailleurs des CPAS, etc.). »²⁹

L'approche développée est systémique plutôt que centrée sur l'individu : elle considère l'ensemble des membres d'une équipe comme interagissant, et donc comme autant d'acteurs à responsabiliser dans la gestion d'une éventuelle dérive. La co-dépendance, ou plus spécifiquement le co-alcoolisme, sont donc des notions-clés que les membres d'une équipe doivent se réappropriier avant même l'apparition du problème, dans l'optique de mieux gérer celui-ci, non pas en ce qu'il ne concernerait que la personne dépendante, mais en ce qu'il implique tout le système.

4.3.1.2. Traitement

En ce qui concerne le traitement, compétence de la Région Wallonne, lors du forum du 27 mai 2004 sur le mésusage d'alcool de la SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale), le cabinet du ministre wallon de la Santé faisait remarquer qu'il n'avait été sollicité que deux fois entre 1999 et 2004 pour des projets spécifiques « alcool ».

Il y a une raison simple à cela : comme cela fut souligné au sein d'un groupe de travail de CTB³⁰, les protocoles d'intervention en matière de traitement de l'alcool-dépendance sont déjà anciens, ce qui peut expliquer le peu de « focus » qu'ils suscitent (rarement sont-ils l'objet d'un projet à part entière, plus rarement encore d'une institution qui y serait entièrement dédiée).

Ainsi, dans le programme des institutions membres de la FEDITO bruxelloise telles le CATS (Centre d'Accueil et de Traitement du Solbosch ó accueil résidentiel de personnes de plus de 18 ans dont la consommation est devenue problématique) ; Addictions (accueil et intégration de personnes dépendantes au sein de services hospitaliers) ou encore C.A.P.-I.T.I. (Accompagnement social et/ou psychologique de détenu(e)s - prisons de Forest, Berkendael, Saint-Gilles et Ittre - et ex détenu(e)s toxico-dépendants, les produits mentionnés incluent l'alcool, mais aussi les « drogues » et les médicaments.

Sans pouvoir être exhaustifs, car nous n'en avons pas les moyens, citons toutefois pour terminer le « Réseau Dépendance Bruxelles-Est », qui est un des « Réseaux santé » développés dans le cadre de la politique de la Commission Communautaire Française (exemples : « Santé, précarité », « Santé Mentale Marolles », etc.). Ce réseau, dont le promoteur est le S.S.M. Chapelle-aux-champs, comporte de nombreux partenaires, dont le CATS ou Addictions, déjà cités, mais aussi le SSM Le Chien vert, des appartements supervisés (Messidor/Aria) et des départements hospitaliers (Cliniques Universitaires Saint-Luc ó Unité de Crises et Urgences Psychiatriques ; Cliniques Universitaires Saint-Luc ó Unité Intégrée d'Hépatologie ; Clinique de l'Europe ó site Saint-Michel ; Clinique La Ramée ó Unité de désintoxication et Clinique Fond-Roy ó Unités 1 et 3).

²⁹ <http://www.sante-entreprise.be>

³⁰ VANDERVEKEN M., Note de synthèse: groupe de travail « Rue et première ligne », document CTB 2004, p3

Le but et l'intérêt de ce travail en réseau sont la prise en charge des enfants et de la fratrie des patients « alcooliques et dépendants », en complément au traitement thérapeutique de ces personnes déjà pratiqué au sein des différentes unités du réseau. En effet, la prise en charge peut s'avérer longue et impliquer des interventions différenciées (de type ambulatoire, hospitalier, post-cure, communautaire, habitations protégées). Le fonctionnement en réseau permet non seulement d'assurer la fluidité et la continuité des soins entre les différents intervenants mais encore de favoriser une implication adéquate des proches dans le processus thérapeutique de la personne alcoolique. Enfin, il permet aussi de prendre en compte la souffrance des proches dans une visée thérapeutique et une optique préventive, surtout pour les enfants du patient.

D'une manière générale, une personne alcoolo-dépendante s'adressera soit aux services d'urgence des hôpitaux, en cas de problème aigu, soit à une institution proposant un accompagnement thérapeutique résidentiel (centres hospitaliers psychiatriques ou généraux ; centres spécialisés de « rééducation fonctionnelle » résidentielle) ou ambulatoire (Services de santé mentale ó SSM - ; hôpitaux de jour et centres de rééducation fonctionnelle ambulatoires ; centres ambulatoires à « bas seuil » d'accès et enfin la catégorie « autres » - maisons médicales, centres de consultation, etc.)

Si la spécialisation « alcool » est rare sur papier, il n'en demeure pas moins que certaines institutions peuvent développer sur le terrain une expertise dans l'accueil et le traitement/accompagnement des personnes dépendantes de ce produit. Ainsi, la grande majorité des fiches TDI d'Eurotox qui mentionnent l'alcool comme produit principal proviennent des centres ambulatoires ALFA et AVAT, tous deux Services de santé mentale.

En revanche, la spécificité, rare dans les centres d'accueil thérapeutique professionnels se (re)trouve ó et c'est particulier à l'alcool ó dans les multiples groupes de soutien et d'entraide que génère cette assuétude. Il en va ainsi bien sûr des Alcooliques Anonymes mais aussi de nombreux groupes de soutien à l'entourage de personnes alcooliques (groupes AL-ANON, cfr point 4.1.1.4.). Là, l'alcool occupe toute la place et toute l'attention. A telle enseigne d'ailleurs, que de tels groupes peinent à se former autour des drogues illicites (seuls 4 ou 5 au total en Communauté française).

4.3.1.3. Outils

Nous allons détailler à présent quelques outils de prévention et/ou de dépistage des problèmes liés à la consommation d'alcool. Les deux premiers sont des tests de dépistage d'une consommation problématique. Il en existe de nombreux autres, mais ceux que nous présentons nous ont semblé, outre leur pertinence, les plus usités. Le premier (« CAGE »), est intégré dans le questionnaire de l'enquête sur la santé HIS réalisée en Belgique par l'ISSP (cfr chapitre 2). Le second (AUDIT) a été mis au point par l'OMS.

Le « CAGE »

Le CAGE est donc un outil de dépistage de la dépendance à l'alcool. Il comprend quatre questions, destinées à évaluer le risque de dépendance à l'alcool. On a vu que ce questionnaire est décrit dans le rapport d'experts aux Ministres Vienne et Fonck comme un outil d'investigation non-intrusif susceptible de constituer une bonne approche du problème par les médecins généralistes (cfr point 4.1.1.4.). Cette approche, selon le rapport, pourrait ouvrir un dialogue proche de l'éducation à la consommation responsable, qu'on rencontre aujourd'hui

dans le champ de la réduction des risques. C'est pourquoi il nous a semblé intéressant de rendre brièvement compte de cet outil. Le test date de 1970 :

La dépendance à l'alcool est probable si le patient donne 2 réponses positives ou plus (aux 4 questions suivantes) :

- *Avez-vous déjà ressenti le besoin de DIMINUER votre consommation d'alcool?*
- *Des gens vous ont-ils déjà ENNUYE en critiquant votre consommation d'alcool?*
- *Vous êtes-vous déjà senti mal ou COUPABLE à cause de votre consommation d'alcool ?*
- *Avez-vous déjà bu de l'alcool au réveil pour stabiliser vos nerfs ou vous débarrasser d'une gueule-de-bois (EYE- opener ó qu'on pourrait traduire par verre du (ou « au ») REVEIL-)?*

Bernadt et al ont affirmé qu'un score (plus grand ou égal) à deux au test CAGE a une sensibilité de 93% et une spécificité de 76% dans l'identification des buveurs problématiques.^{31 32} La sensibilité est la capacité de détection du problème s'il est présent, tandis que la spécificité est la capacité d'exclusion du problème s'il est absent. En d'autres termes, le test ne risque pas (ou peu) de ne pas détecter une personne alcoolique, et il ne risque pas (ou peu) de détecter l'alcoolisme à tort chez une personne saine.

Le site précise également qu'en aucun cas cet outil ne peut à lui seul amener à poser un diagnostic de consommation problématique ou à administrer un traitement médical, et que seuls les médecins peuvent ó et doivent ó être consultés à cet effet.

L'« AUDIT »

Le questionnaire « AUDIT » mis au point par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1992, propose de dépister la consommation nocive et les buveurs à risque de manière plus détaillée, selon une autre série de questions. Ces dernières sont plus nombreuses. Il pourrait s'avérer intéressant de les comparer selon l'axe intrusif/non-intrusif, puisque cet aspect était évoqué, dans le rapport d'experts aux ministres Vienne et Fonck, comme déterminant dans une possible réduction des risques chez la patientèle des médecins généralistes.

Voici ces questions *in extenso*. Les réponses sont à choisir parmi une gradation de 5 et sont « cotées » de 0 à 4. Un total supérieur à 9 refléterait une consommation nocive, et un total supérieur à 13 une dépendance à l'alcool :

Tableau 4 : test "AUDIT" ; dépistage de la consommation nocive d'alcool et des buveurs à risque

	0	1	2	3	4	score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	

³¹ Ibid.

³² Voir aussi Bernadt et al., 1982.

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

On notera que ce test est bien un test de dépistage. Il n'équivaut pas à une campagne préventive dans le sens où l'on entend le champ de la promotion de la santé en Belgique. Toutefois, il pourrait donner lieu à des conseils de prévention aux patients détectés comme « à risques ».

Ce test aurait une sensibilité de 83 à 96% et une spécificité de 82 à 89%. Par ailleurs, comme le souligne l'étude PROBEX, le test « a été élaboré à partir de données provenant de plusieurs pays et a donc une bonne validité interculturelle »³³

La brochure de réduction des risques « alcool »

L'asbl Modus Vivendi, active dans le champ de la réduction des risques, édite régulièrement des brochures d'un format « de poche » (10,5 / 7,5 cm) sur les différents produits justifiant

³³ FILEE D., GOSSET C., REGINSTER J-Y, DOR B., ORBAN T., Probex, Projet buveurs excessifs, SSMG-ULG, 2004, p13

une telle approche. Ces brochures sont réalisées en partenariat avec les associations Citadelle, Santé et entreprise, Centre Alfa, Liaison anti-prohibitionniste, Infor-Drogues et Prospective Jeunesse. Leur processus d'élaboration est complexe. Il comprend :

- une analyse de la littérature ;
- des « focus groupes » avec des usagers de drogues (appelés groupes es-pairs), ou avec d'autres personnes du public-cible ;
- la réalisation d'un texte-martyr, soumis ensuite à des experts scientifiques ;
- la soumission de la maquette provisoire, pour test, à un groupe es-pairs.

Ces brochures à la mise en page attrayante (destinée en bonne partie au milieu festif) abordent les produits légaux ou illégaux sous le même angle, soit celui de la promotion de la santé, de la réduction des risques et d'une consommation responsable.

L'une de ces brochures concerne le produit « alcool ». La création d'une telle brochure avait notamment été demandée par des usagers de drogues et par des intervenants de terrain auprès des jeunes. Tout comme les autres brochures de Modus Vivendi, elle développe les aspects liés à l'origine du produit, aux types de consommation, aux effets et risques immédiats et à long terme en cas de consommation excessive, et à la réduction des risques, y compris en cas d'urgence. Les effets et risques des mélanges sont aussi abordés (ce qui correspond à la réalité grandissante de la poly-consommation).

Le cadre légal est également rappelé, avec les situations frappées d'interdit.

L'originalité de l'outil réside surtout dans l'abord de la polyconsommation et de la réduction des risques.

A titre d'exemple, la brochure aborde la consommation associée d'alcool et de stimulants (caféine, smart drinks, amphétamines, speed, XTC, cocaïne) : cette association comporte le risque (parmi d'autres) d'un « masquage » de l'ivresse par les stimulants, qui peut inciter à boire davantage. En effet, l'ivresse ne survient que plus tard, et brutalement, quand les effets du stimulant s'estompent.

Les associations aux autres drogues de synthèse, au cannabis, aux médicaments, aux opiacés et aux drogues psychédéliques, sont également abordées.

La rubrique « réduction des risques » traite aussi bien des thèmes classiques de la grossesse et de l'allaitement que des quantités conseillées en fonction du type de consommation (régulière/occasionnelle) ou encore de ceux, moins fréquents, de la gestion d'une sortie arrosée (boire lentement, alterner avec des « softs », manger en même temps etc.), d'un « lendemain de veille », d'une consommation régulière d'alcool (prise de certaines vitamines pour augmenter la résistance aux infections, aider le foie à faire face à la surcharge, nourrir le système nerveux périphérique).

4.4 Débat/évolution de la situation

4.4.1. Le statut de l'alcool

Comme on l'a constaté ci-dessus, c'est un fait reconnu par la plupart des acteurs et des bilans : le mésusage d'alcool suscite bien moins de réaction, d'intérêt et d'interventionnisme que l'usage de drogues illicites. A telle enseigne que, lors du forum conjoint (sus-cité) de la SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale) et de la WWVH (Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen) sur le mésusage de l'alcool, appel était fait aux

décideurs politiques afin qu'ils s'engagent fermement en termes budgétaires dans le sens d'une plus grande attention à ce problème.

Pour s'interroger sur le statut de l'alcool dans notre société en général, et dans les champs de la santé et des assuétudes en particulier, partons d'un petit exercice en deux étapes, a priori un peu « formel » ou « comportementaliste », mais au fond purement logique et très révélateur. Prenons un chemin qui part d'un passage déjà cité plus haut :

« Les parents, les enseignants et les éducateurs ont aussi une fonction d'exemple importante, et ce autant pour le bon que pour le mauvais. Une discussion ouverte doit être possible sur l'usage d'alcool, les moments d'usage excessif ainsi que sur ses avantages et inconvénients. Toutefois, cela ne signifie pas pour autant que les parents ne peuvent jamais en abuser. Les parents sont également des êtres humains, et ces derniers ne se comportent pas toujours de manière raisonnable. »³⁴

L'allégation semble elle-même raisonnable, soucieuse de la santé des consommateurs occasionnels ou réguliers (voire abusifs) d'un produit consommé couramment, socialement apprécié voire valorisé, et légal.

Elle sonne tout autrement si on remplace « usage d'alcool » par « usage de drogues » : (i) *Une discussion ouverte doit être possible sur l'usage de drogues, les moments d'usage excessif ainsi que sur ses avantages et ses inconvénients.* Etc.

L'ensemble du paragraphe s'en trouve d'ailleurs modifié. Faire l'exercice de le relire entièrement en y incluant le changement de produit est édifiant : l'énoncé paraît soudain extrêmement engagé, voire téméraire. Il sonne comme le credo un peu désespéré (vu le contexte politique belge, prohibitionniste) de travailleurs et/ou de politiciens aux vues que les uns qualifieront de « libérales », les autres de « progressistes ». D'aucuns diront même qu'il sonne comme une *banalisation* de l'usage de « drogues », ou de *certaines* drogues.

En ce sens, pourquoi la première allégation (qui dit mot pour mot la même chose) ne sonne-t-elle pas elle aussi comme une *banalisation* audacieuse ou « libérale ». Une hypothèse qui nous semble honnête serait : parce que le produit « alcool » est *déjà* banalisé. Depuis toujours, il fait partie de notre culture, de nos traditions et de notre quotidien. Et ce en dépit du fait qu'il cause environ 4000 des 100.000 décès annuels en Belgique ; qu'il induirait des pertes évaluées à 1% du PNB (en raison du travail sous influence de l'alcool) ; et entraînerait dans son sillage une consommation excessive de 12% des hommes et 8% des femmes.³⁵

Mais il faut être honnête et compléter cette hypothèse en précisant que si la deuxième allégation sonne plus libéral, c'est aussi à cause du truisme suivant : les drogues illégales sont illégales. Ou mieux dit : on a choisi depuis plusieurs décennies (et plus encore depuis 1968) de présenter les drogues comme dangereuses - et donc à prohiber - pour des raisons politiques bien plus que scientifiques. Cette volonté du pouvoir politique produit un discours qui exerce bien évidemment une forte influence sur l'attitude des gens et le conditionnement des esprits.

³⁴ Secrétariat Permanent à la Politique de Prévention, Drogues et Usage de drogues , Service Public Fédéral Intérieur, 2004, p40

³⁵ Voir Degreef T, Pacolet J. & Bouten R. [Sociale kosten-batenanalyse van alcoholgebruik en -misbruik in België](#), 2003, mais aussi Cattaert G. & Pacolet J., [Alcoholgebruik en -misbruik naar leeftijd in België](#) Analyse op basis van de gezondheidsenquête en het huishoudbudgetonderzoek 2004

Si pour ouvrir ce débat nous sommes partis de la position du Secrétariat Permanent à la politique de Prévention (en principe plus « sécuritaire ») plutôt que de celle du secteur de la santé, c'est d'abord parce que l'aspect « sécurité » emporte 54% des dépenses publiques allouées à la politique des drogues³⁶ en Belgique. Les autres postes sur lesquels sont réparties ces dépenses sont « Gestion politique » (3%); « Recherche et épidémiologie » (1%); « Prévention » (4%) et « Assistance » (38%). On peut donc raisonnablement constater que le maintien de la « sécurité » (réduction des nuisances, etc.) emporte (largement) la timbale dans les stratégies politiques. Ce qui pourrait signifier, si notre système politique fonctionne bien, que l'opinion majoritaire des citoyens qui ont élu ces représentants politiques penche en faveur de la sécurité, avant les autres thèmes. Ou encore que cette opinion leur est prêtée par les politiques. A moins que (si notre système de représentation parlementaire ne fonctionne pas *si* bien), la classe politique soit beaucoup plus frileuse (conservatrice par peur de la sanction électorale) que l'opinion.

Mais, si nous partons de cette position, c'est aussi parce que la gestion de la (sur)consommation d'alcool semble être *sur papier* le seul possible dénominateur commun avec le secteur de la santé, enclin aujourd'hui à tous les niveaux à une éducation à la consommation responsable, à une gestion des risques.

Mais ce « vu ou pieux » est-il traduit dans les faits par une attention à la mesure du problème ? Tout enjeu se situe entre la position de principe et la réalité de terrain (pour les politiques comme pour les intervenants). Car si l'attitude théorique adoptée face à la surconsommation d'alcool semble faire à peu près l'unanimité, la réalité est toute autre. L'alcool reste en effet une drogue :

- légale,
- à la composition connue et contrôlée,
- à la délivrance réglementée (notamment vis-à-vis des mineurs, même si cette réglementation semble parfois incomplète et souffre de laxisme dans son application),
- à la fonction sociale globalement assumée par la société,
- aux abus tolérés voire dans certains cas valorisés,
- culturellement intégrée (longue tradition de production et de consommation)
- dont l'usage est relativement bien encadré (en général on apprend à boire en famille).

Ces dispositions et ces faits rendent le produit *familier* au point qu'il semble normal d'afficher une volonté de gestion progressiste, voire « libérale » et pour tout dire *banalisée* de cette assuétude (la « gestion des risques » liées aux drogues illégales soulève beaucoup plus de débats), mais aussi, paradoxalement, que cette volonté affichée est pourtant peu suivie d'effets (grande tolérance de l'appareil répressif vis-à-vis de l'abus d'alcool mais aussi, pour mémoire, un seul projet spécifique « alcool » sur les 26 projets subsidiés par la Communauté française en matière de prévention des assuétudes en 2004). En d'autres termes : 1) l'alcool est familier, donc on trouve acceptable d'en gérer la consommation plutôt que de la *prohiber* et 2) l'alcool est familier, donc on omet d'en gérer la consommation, probablement parce qu'il ne fait plus peur à quiconque. C'est donc un produit « domestique » mal « domestiqué ».

³⁶ DE RUYVER B., PELC I., CASSELMAN J. et al., La politique des drogues en chiffres, une étude des acteurs concernés des dépenses publiques et des populations atteintes, Academia Press, Gent, 2004.

En résumé les instances *sécuritaires* comme les instances *préventives* semblent peu préoccupées de l'alcool *dans les faits*, malgré une position de principe quasi commune sur ce produit.

Concernant le secteur de la prévention, si les acteurs du secteur socio-sanitaire n'ont pu accorder à l'alcool toute l'attention qu'il mérite, cela est dû en grande partie au fait que, vu le prohibitionnisme international en matière de drogues et la répression qui en découle, toute leur attention a été mobilisée par le fait de faire vivre des structures de prévention/information, d'aide et de soins moins bien comprises et moins bien soutenues que l'appareil répressif, et ce au cours des 35 dernières années. Aujourd'hui, ces acteurs sont davantage reconnus et soutenus, et devraient se sentir peu à peu plus libres d'adresser des projets spécifiquement dédiés à l'alcool au gouvernement de la Communauté française, par exemple.

En attendant, il semble y avoir loin de la coupe aux lèvres. Mais comment se traduit dans les faits le statut de ce produit « privilégié »?

4.4.2. Statu quo politique ; lois lacunaires

Le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 dresse le même constat que son « prédécesseur » quant à la prévalence de l'attention aux drogues illicites sur l'accoutumance à l'alcool. En soi, cette conclusion est déjà un aveu de carence : les cinq années précédentes, malgré la volonté politique affichée, n'ont pas vu l'écart se réduire. Cette même volonté politique pourra-t-elle, au cours des cinq années suivantes, faire évoluer les choses davantage ?

Les experts chargés du rapport en vue d'un plan concerté dans le domaine des assuétudes, mettent en garde contre le déséquilibre persistant drogues légales / illégales. Or, ce rapport a été remis un an après le début du deuxième plan quinquennal, signe qu'entre-temps les choses n'ont en tout cas pas changé du tout au tout.

Les lois en termes de délivrance d'alcool à des mineurs sont, on l'a vu, assez diluées et incomplètes. Elles ne traitent qu'à la marge la délivrance d'alcool à des mineurs, au sein de textes dont l'objet principal est autre (le contrôle et les autorisations de patente s'effectuent d'ailleurs *via* le ministre des finances ó pas d'implication des compétences santé ou petite enfance). Elles ne protègent d'ailleurs d'une délivrance de « boissons enivrantes » dans les débits de boissons que les seuls mineurs de moins de 16 ans. Quid des autres ? Quant à l'interdiction de vendre des *spiritueux* à tous les mineurs, elle souffre de tels écarts (interdiction dans les débits ó quid des magasins ?) que l'accès aux premix/alcopops/limonades alcoolisées est devenu un débat national.

La question a d'ailleurs été abordée explicitement à la Cellule Politique Santé Drogues (CPSD), qui, rappelons-le, réunit des représentants des compétences santé de tous les niveaux de pouvoir belges (fédéral, entités fédérées). Il semblerait d'ailleurs qu'une interdiction totale (pas seulement dans les débits de boissons) de la vente d'alcool aux mineurs de moins de 16 ans entraînerait le retrait de toutes les boissons alcoolisées des distributeurs automatiques non surveillés, en ce compris les bières.

Selon toute vraisemblance, cette limitation deviendrait dès lors très délicate, les lois dans le domaine résultant d'un compromis entre *tous* les acteurs en jeu. Cette liste inclut bien évidemment les alcooliers et les « finances » (via les droits d'accises perçus) en plus des consommateurs ou de leurs représentants et des différentes instances compétentes en santé publique. Il n'est donc pas sûr du tout qu'une interdiction généralisée de l'alcool aux moins de 16 ans emporterait l'adhésion de tous.

Cela ne doit toutefois pas faire oublier que l'usage excessif d'alcool est bien plus ravageur chez ces jeunes usagers que chez leurs aînés. Il ne semble donc pas usurpé de les considérer comme un public à protéger particulièrement, comme c'est déjà le cas pour la délivrance de tabac.

Cela dit, indépendamment d'une éventuelle prohibition généralisée aux mineurs de moins de 16 ans, l'approche privilégiant une éducation à la consommation responsable semble emporter l'adhésion de beaucoup (pour l'alcool). Mais cela amène tout naturellement à l'examen des messages aux consommateurs. Tenons-nous dans ces messages (messages des alcooliers / messages de promotion de la santé) la clé d'une approche qui « réconcilierait » toutes les parties (par le contrôle et l'exclusion des messages incitant à une consommation irresponsable / par la création et la diffusion de messages incitant à une consommation responsable)? Partons pour cela du point suivant : la « Convention réglementant la publicité pour les boissons alcoolisées ».

4.4.3. Pub pour les boissons alcoolisées : efficacité d'une convention avec le secteur privé ?

C'est avec une certaine surprise, tant la publicité pour l'alcool est omniprésente et banalisée, qu'on constate (ou se rappelle) qu'il est interdit aux débiteurs de boisson, selon la loi de 1983 sur la patente pour le débit de boissons spiritueuses, d'afficher des publicités (ou même des « emblèmes ») encourageant la consommation de « spiritueux » :

Art. 5. § 1er. Il est interdit à tout débitant d'apposer ou de laisser apposer, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du débit, des enseignes, affiches ou emblèmes quelconques incitant à consommer des boissons spiritueuses.

La crainte du législateur était-elle que ce type de publicité ait un effet d'entraînement et débouche sur une consommation excessive ? Si oui, pourquoi limiter cette interdiction aux seuls débits de boissons, quand un panneau publicitaire voisin peut livrer exactement le même message ? Comme le Ministre des Finances (qui contrôle et accorde la patente) ou son délégué sont aussi responsables de contrôler la moralité du cabaretier, peut-être est-ce là un simple « passeport » de moralité : si le patron n'a pas mis de pub pour l'alcool, la morale est sauve, il peut ouvrir son débit de boissons. L'interdiction en elle-même ressemble donc plutôt à un alibi. D'autant qu'il s'agit bien des « spiritueux » : les bières, en revanche, peuvent (très visiblement) être largement plébiscitées par leurs emblèmes au fronton des tavernes et débits divers. Or, il est connu qu'un verre d'alcool (« spiritueux » ou « boissons alcoolisées ») contient en moyenne toujours la même quantité d'alcool (10 grammes), tout simplement parce que les quantités servies varient en fonction du type de boisson (25 cl de bière, 8 cl de vin, 3 cl d'eau-de-vie par exemple). Il y a moins de liquide dans un verre de vodka que dans une bière. Y a-t-il donc une réelle plus-value à interdire pubs et emblèmes de spiritueux quand les autres boissons alcoolisées, qui délivrent les mêmes quantités d'alcool par verre, gardent leur étendard ? Plus encore : les bières spéciales sont en fait au-dessus de la moyenne. Pour

une bonne santé, le nombre de verres quotidiens de celles-ci devrait être inférieur en moyenne au nombre de verres des autres boissons alcoolisées.

La vérité c'est que l'on reste focalisé sur (ou influencé par) une position d'évitement plutôt que d'éducation à la consommation responsable. L'évitement de la consommation est ce qui a été appelé « prévention primaire ». Ce réflexe d'évitement, proche de la prohibition (qui concerne traditionnellement les drogues illicites) n'est dans le fond pas compatible avec le souci affiché d'éducation, surtout quand on parle d'un produit qui n'est pas légalement prohibé et qui fait partie intégrante de notre culture.

Qu'en est-il de ces notions d'évitement, d'avertissements ou encore d'éducation à la consommation responsable (évoqués au point 4.4.2.), dans le texte et le contexte d'un code de bonne conduite (convention) autour de la publicité, avalisé par le Ministre de la Santé et signé par les alcooliers, les professionnels de l'Horeca et ceux de la distribution ? Rappelons avant tout la teneur de cette convention :

Le code vise toute communication favorisant la vente de produits contenant plus de 1,2% d'alcool :

- Il interdit d'associer la consommation d'alcool à la réussite sociale, sexuelle ou professionnelle, (ou de) viser ou utiliser des moyens qui aboutissent à viser spécifiquement les mineurs.
- Dans les médias (sauf spot radio de moins de 10 secondes) toute publicité pour une boisson alcoolisée devra être accompagnée de la mention : « Notre savoir-faire se déguste avec sagesse ».
- En outre, ce genre de publicité est banni des publications enfantines, des salles de cinéma proposant des films pour enfants, mais aussi 5 minutes avant, pendant, et 5 minutes après les émissions s'adressant aux enfants.
- La distribution est également réglementée : la vente de boissons alcoolisées dans les écoles ou leur voisinage est interdite, tout comme la confusion entre « alcopops » et limonades dans les rayons des commerces.

On notera que les deux premières mesures ne concernent pas uniquement les mineurs mais englobent au moins partiellement les adultes.

Le groupe porteur « Les Jeunes et l'alcool »³⁷, organisateur du colloque du même nom (qui a réuni, le 18 mai 2004, 300 personnes du secteur de la santé, de la jeunesse et de l'éducation), s'est élevé contre la signature de cette convention. En effet, comme on peut le lire en substance sur le site web d'Infor-Drogues³⁸ :

- Les codes de bonne conduite sont limités : ils ne sont pas applicables aux producteurs non signataires, et même pas toujours appliqués par les signataires eux-mêmes.

³⁷ Fédération des centres de jeunes en milieu populaire - Fédération des Etudiant(e)s Francophones . Groupe RAPID . Infor-Drogues - Jeunesse et Santé - Ligue d des Familles . Mutualité socialiste - Prospective Jeunesse - Univers santé

³⁸ www.infor-drogues.be

- Les producteurs montrent « patte blanche » en déclarant que les alcopops ou « prémix » sont destinés au public adulte consommateur d'alcool, mais tout indique qu'ils s'adressent plutôt aux jeunes (goût, design).
- L'explosion de ce nouveau marché n'a pas provoqué une nouvelle chute des ventes des alcools plus classiques (vin, bière, spiritueux).
- L'arbitre de cette auto-régulation des professionnels est le JEP (Jury d'Éthique Publicitaire). Or, ce dernier est financé par les annonceurs et les publicitaires eux-mêmes. Certes, y sont associées des organisations de défense des consommateurs (le CRIOC, Test-Achats). Mais cela sera-t-il suffisant, quand tant de signataires de la convention en sont à la fois juges et parties, et quand aucune loi ne vient encore sanctionner cette réglementation ? En effet, rappelons que pour rendre la convention *contraignante*, le Ministre Demotte doit insérer un article spécial dans la loi de 1977 sur les denrées alimentaires.

Cette mesure semble donc, à raison, largement insuffisante, voire cosmétique aux membres du groupe porteur. D'autant que le mécanisme régulateur (une plainte auprès du JEP, suivie de retrait de la pub ou éventuellement d'astreinte), se déroule en un temps plus long que le temps habituel d'une campagne de pub. Même si le JEP donne raison au plaignant, le mal est fait et la pub a déjà disparu.

Puisque les « avertissements » et « campagnes » d'information sont un cheval de bataille du secteur de la santé (et dans une certaine mesure des responsables politiques), on peut pointer entre autres cette fameuse mesure de « prévention » qui fait déjà florès et consiste à flanquer les pubs (sauf spot radio de moins de 10 secondes) de la mention « notre savoir-faire se déguste avec sagesse ». Les alcooliers qui ont signé la convention remplaceraient-ils sans broncher cette phrase par un message de prévention plus compréhensible, comme de ne pas dépasser 3 ou 4 verres quotidiens en moyenne pour les hommes, et 2 verres pour les femmes (seuil de la consommation à risque selon l'Organisation Mondiale de la Santé ou OMS) ?

Les publicités filmées pour apéritifs ou spiritueux de grandes marques sont par ailleurs très clairement et régulièrement connotées sexuellement. Rhum des caraïbes, apéritif italien, crème de café provoquent le même déferlement de (beaux) corps dansants et luisants de sueur, diamants dans le placard, de baisers sur les lèvres de l'heureux consommateur. Les plaintes affluent-elles au JEP pour autant, depuis la signature de la convention ? Pas jusqu'au 31 décembre 2005 en tout cas, date à laquelle seules deux plaintes concernant les spiritueux ont été déposées, toutes deux concernant des pubs pour une vodka, jugées immorales, cyniques et/ou incitant à la boisson par les plaignants. Mais ces pubs s'adressaient l'une aux papas, évoquant la fête des pères, l'autre au « tout public ». Rien de ce que la convention est censée cadrer ou réprimer, donc. Pour info, les plaintes furent classées sans suite par le JEP. Une autre plainte concernait une réclame pour une marque de bière, jugée exagérément violente, ce qui pourrait nuire aux enfants qui la voient, et portant par ailleurs atteinte aux valeurs religieuses. Cette matière n'est pas non plus l'objet de la convention. Les images violentes furent condamnées par le JEP, mais pas les images aux références religieuses. Une quatrième plainte enfin, arguait de ce qu'un annonceur avait omis la mention éducative invitant à une consommation modérée dans une pub pour du vin. Le jury a constaté ce manque et a *recommandé* à l'annonceur de rectifier cette lacune lors de communications ultérieures, ce que l'annonceur a accepté.

Seule une plainte fut donc déposée sur une des matières visées *stricto sensu* par la convention. Et à vrai dire, les « avertissements incitant les consommateurs d'alcool à la prudence et la

modération » dont nous parlions semblent plutôt, vu leur côté cosmétique (« notre savoir-faire se déguste avec sagesse » !!) le céder aux messages de réussite sociale et sexuelle qu'on prétend combattre. Tout ceci sans que les plaintes n'affluent, ce qui témoigne de l'enracinement de ces pratiques dans notre société.

Résumons nous : en l'absence de lois exhaustives ; en l'absence d'application stricte des lois existantes ; face à des publicités préférant ó bien sûr ó le commerce aux messages de modération ; en présence d'une convention non-contraignante et à l'application hasardeuse ; et finalement face au manque de réaction de la société civile devant les divers messages de réussite véhiculés par les pubs pour l'alcool, que reste-t-il dans l'arsenal préventif, si ce n'est d'éventuelles campagnes d'information largement diffusées, comme les prônait la résolution de la chambre sur les alcopops (point 4.1.2.3.) ? Au-delà d'une campagne de type « BOB », certes louable mais qui fonctionne en tout ou rien (« quand Bob conduit, il ne boit pas » - quant aux autres, ils font ce qu'ils veulent -)³⁹, a-t-on trouvé et trouve-t-on dans les médias, occupant les espaces publicitaires gratuits prévus à cet effet, l'une ou l'autre *campagne médiatique bien argumentée, qui attire l'attention des jeunes sur les dangers de la consommation d'alcool (sur les plans physique, psychique et social) et leur conseille de consommer moins de boissons alcoolisées*⁴⁰ ? C'est l'objet du point suivant.

4.4.4. Campagnes médiatiques, espaces de radiodiffusion gratuits : la dernière chance ?

Pour rappel : les espaces de radiodiffusion gratuits, mis à disposition du gouvernement de la Communauté française chaque année par les organismes de radiodiffusion, en contrepartie des espaces occupés par des pubs pour alcools ou médicaments (voir point 4.1.1.2.), ne furent consacrés entre 1998 et 2002 qu'à 6,9% aux assuétudes. Ces 6,9%, selon les « Eléments de bilan du plan quinquennal 1998-2003 et réflexions », étaient entièrement dédiés au tabac.

Aujourd'hui, il apparaît que rien n'a changé puisque, reflet des avis positifs remis par la Commission "campagnes radiodiffusées" du Conseil supérieur de promotion de la santé, les campagnes à ajouter depuis à la liste sont :

- tabac et grossesse (2003, radio)
- "dénormalisation" du tabac (2004, radio & TV)
- tabac et grossesse (2004, TV)

Pour mémoire, le bilan 2004 des avis positifs remis par la commission fut de 11. Hormis les 2 campagnes « tabac », il n'y a pas eu d'avis sur une quelconque campagne portant sur un autre produit pouvant entraîner une accoutumance. Ce qui veut dire qu'aucun projet de campagne spécifique sur une autre assuétude (en ce compris l'alcool) n'a été proposé. Les thèmes des autres campagnes sont très variés, un seul revient deux fois: le sida (prévention / solidarité).

A la longue liste des textes/instances/lieux/champs d'action ne montrant qu'un intérêt très marginal pour l'alcool, on peut donc rajouter les campagnes médiatiques sur les espaces pourtant gratuits, mis à disposition de la Communauté française par les organismes de

³⁹ De plus, il faut bien garder à l'esprit que la campagne « BOB » est une initiative des alcooliers eux-mêmes !

⁴⁰ Op.cit.

radiodiffusion en vertu de l'Arrêté du gouvernement de la Communauté française du 18 janvier 1995.

4.5. Conclusions et recommandations

4.5.1. Conclusions

Que dire, que dire ?

On ne sait trop par quel bout prendre ce produit si familier dont l'usage, et dans une mesure très large le *mésusage* semblent occuper une place dans notre société (voire « remplir une fonction » ?) dont seuls certains acteurs du champ socio-sanitaire semblent réellement sémouvoir. Ceci n'est certes valable qu'une fois gratté le vernis du discours officiel, mais comment ne pas s'étonner (une dernière fois) devant les lacunes des lois, le laxisme dans leur application, la peine des plans quinquennaux de promotion de la santé à enfonce le clou, le peu de sollicitation dont fait l'objet le gouvernement de la Communauté française pour des projets de prévention exclusivement dédiés à l'alcool, la tolérance parfois injustifiée de l'appareil répressif envers l'abus d'alcool en regard de son appréhension des drogues illicites (cfr 1.1.3.), les terribles vides juridiques en termes de vente d'alcool à des mineurs, la conquête agressive du marché de ces jeunes mal protégés via des produits vendus et présentés comme des limonades, l'appel surréaliste à l'auto-discipline des alcooliers (!!!) et des publicistes pour protéger ces jeunes *malgré tout*, la réaction quasi nulle de la société civile (dernier rempart possible, via les plaintes déposées contre l'irresponsabilité de certaines de ces campagnes de publicité), l'absence d'initiatives en termes d'un rééquilibrage des messages publicitaires via des campagnes *pourtant gratuites* de promotion de la santé et, *last but not least*, les 4000 morts (sur 100.000 annuels) à attribuer aux conséquences de la consommation d'alcool qui continuent à émailler les statistiques.

On est un peu tenté de baisser les bras, avouons-le, en se disant « c'est comme ça ». Sauf

Sauf si les acteurs du secteur socio-sanitaire, gagnant enfin un peu de liberté après 35 années d'un « tout au répressif » qui a lourdement grevé la mise en place de leurs structures de prévention, peuvent enfin accorder à cette drogue licite aux abus ravageurs toute l'attention qu'elle mérite. En cela, l'initiative du groupe porteur « Les jeunes et l'alcool » (cfr 4.3.) peut s'avérer un point de départ, voire ce qu'il serait bienvenu d'appeler un « nouveau » départ.⁴¹

Sauf si les constats (concernant l'alcool) du rapport d'experts aux ministres en charge de la santé en Communauté française, en Région wallonne et en Région bruxelloise, préalable à un plan concerté de prévention, d'aide et de soins en matières d'assuétudes ne restent pas lettre morte, mais trouvent une application proactive et volontaire dans le plan conjoint attendu des deux ministres. Peut-être alors que des recommandations comme la *globalité* de l'approche (promotion du choix et de la consommation responsable, que ce soit des drogues licites ou illicites), la *spécificité* (promotion de projets dédiés exclusivement à l'alcool et son mésusage), le partage de savoir entre acteurs *dédiés* (intervenants du champ socio-sanitaire) et *non dédiés* (enseignants, éducateurs, etc.), la *réduction des risques* (à appliquer enfin à

⁴¹ Voir ou revoir : *Les jeunes et l'alcool, vers un réseau, Les actes du colloque 18 mai 2004*, in *Les Cahiers de Prospective Jeunesse*, n° 32, Bruxelles.

l'alcool (et aux drogues licites (et comme à l'ensemble des drogues illicites), peut-être enfin, disions-nous, ces recommandations (et parmi d'autres (et s'incarneraient-elles en actes qui les sortiraient d'un monde de fantasmes pour les faire entrer dans le réel.

Sauf si l'ébauche du « Plan Alcool » en travail au niveau du secrétariat de la CPSD se mue en un réel plan, lequel annonce déjà l'appui et la promotion des mêmes thématiques que celles développées dans le rapport d'experts sus-cité (et singulièrement, parmi elles, la nécessité d'une information correcte et exhaustive du public), mais rappelle aussi, opiniâtrement, des principes déjà énoncés dans la note politique fédérale de 2001 concernant les drogues, et maintes fois répétés depuis. A condition, bien sûr, que ce plan et les principes qu'il énoncera, ne soit pas comme certains de ses prédécesseurs ravalé au rang de bouclier ou d'alibi.

Mais il reste un écueil que nous n'avons pas encore abordé de front : la possible *diabolisation* de l'alcool par une partie des acteurs de ce fameux champ socio-sanitaire, harassés depuis trop longtemps sur le front des drogues illégales. Pour ceux-là, l'échec trop longtemps vécu de la « remise à niveau » des drogues licites et illicites dans le discours et surtout dans les actes politiques peut les amener à opérer cet équilibrage eux-mêmes, par d'autres moyens. Ainsi, s'il est définitif que les « drogues » ne peuvent être considérées comme des produits récréatifs, dont la production et la distribution, mais aussi et surtout la consommation doivent être encadrées pour des raisons de santé publique; s'il n'est pas d'espoir qu'elles soient présentées autrement que comme des produits du diable impossibles à gérer et répandus sur notre marché pour saccager notre belle jeunesse, alors ces acteurs refusent simplement de taire leur propre vision *équilibrée* des méfaits de l'alcool et de son mésusage. Et pour ce faire, comme les drogues illicites restent largement diabolisées, la tentation peut être grande d'en faire de même de l'alcool. C'est pourquoi il nous semble pertinent de garder à l'esprit, avec Henri Patrick Ceusters, la question suivante :

« (1) n'est-on pas en train de refaire le même chemin semé d'embûches, d'exclusion et de moralisme que par rapport à ce que jusqu'à y a peu on considérait comme les seules drogues ? Va-t-on répéter *ad libitum* les mêmes stratégies et discours préventifs visant uniquement l'abstinence comme seule voie de salut sans prendre en compte ce qu'ont pointé les expériences et les échecs de la « guerre à la drogue (1) »⁴²

Nous y voyons l'expression pertinente d'un acteur de terrain, d'une personne-ressource dont l'expérience le porte à conclure que, pour ne pas baisser les bras face au tourbillon de la diabolisation des « drogues », il ne suffit pas d'y jeter avec elles l'alcool. Mieux vaut raison garder et reprendre son bâton de pèlerin pour tenter, une fois encore, d'opérer ce nivellement plutôt vers le haut que vers le bas.

Nous avons émis beaucoup d'hypothèses, beaucoup de « si », non pour mettre Paris en bouteille (quoique) mais pour dessiner les contours de ce que serait un paysage dans lequel quelqu'un - ou quelques-uns - , quelque part (et) ou en quelques lieux, traduirait en actes le discours déjà ancien qui refuse de laisser, en silence, 4000 personnes par an mourir de leur mésusage du produit en principe récréatif qu'est l'alcool.

Mais nous ne vivons pas encore, loin s'en faut, dans ce paysage.

⁴² *Les jeunes et l'alcool, vers un réseau, Les actes du colloque 18 mai 2004, in Les Cahiers de Prospective Jeunesse, n° 32, Bruxelles, p 7.*

4.5.2. Recommandations

Finalement, nous faisons nôtres les recommandations du groupe porteur « Les jeunes et l'alcool » qui, s'inscrivant en faux quant à la signature de la convention du 12 mai 2005 réglementant la publicité pour les boissons alcoolisées (cfr 4.3.), a demandé au Ministre de la santé Rudy Demotte un « projet de loi clair et cohérent » qui contienne les mesures suivantes⁴³ :

- (Interdiction de) la publicité pour les boissons alcoolisées dans l'espace public (affichage) mais aussi en tout endroit où il est impossible de contrôler l'accès aux mineurs d'âge : à la TV, au cinéma, à la radio et sur Internet. Dès lors, la publicité visant des boissons alcoolisées doit rester cantonnée à la presse écrite payante pour adultes ;
- l'interdiction de distribuer gratuitement ou à des tarifs symboliques des boissons alcoolisées. Spécialement lors de grands événements jeunes (soirées, festivals, etc.) ;
- l'interdiction du sponsoring d'événements culturels, sportifs ou festifs adressés aux mineurs d'âge ou susceptibles d'attirer un public jeune (festivals, soirées d'étudiants, voyages organisés pour groupes de jeunes, etc.), par des marques de boissons alcoolisées ;
- une séparation claire des « alcopops » (Breezer, Smirnoff Ice et autres) avec les limonades et autres sodas dans les rayons des surfaces de ventes : ces alcopops doivent se retrouver clairement au rayon des alcools afin d'éviter toute confusion chez le consommateur. Une séparation physique doit donc être imposée ;
- l'emballage et l'étiquetage des alcopops doivent mentionner le degré d'alcool et ne peuvent plus entretenir de confusion avec des boissons non-alcoolisées.

Par ailleurs, le groupe moteur souhaite que la loi à venir reprenne les points suivants, contenus dans la convention en question :

- l'interdiction des distributeurs automatiques de boissons alcoolisées à proximité des jeunes et des lieux où ils se réunissent ;
- la prise en considération de l'ensemble des produits titrant plus de 1,2% d'alcool par volume : toutes les boissons alcoolisées sont ainsi traitées sur un pied d'égalité.

Et nous en terminerons par une recommandation au pouvoir politique aussi bien qu'aux acteurs de terrain de la prévention des assuetudes (et pourquoi pas - soyons fous - à la société civile), non plus en termes de discours politique ou d'encadrement légal mais en termes d'actes concrets : ce passage du discours à l'acte, en termes d'éducation et de prévention/promotion de la santé en Communauté française (mais aussi en termes de contrôle citoyen ó cfr le Jury d'éthique publicitaire) est nécessaire si l'on souhaite que l'expression déjà proverbiale « drogues licites et illicites » ne reste pas la lettre morte qu'elle est souvent aujourd'hui (en ce qui concerne l'alcool du moins). (Pour un rappel des actions possibles déjà évoquées/proposées, voir : plans quinquennaux - point 4.1.1.1. ; rapport d'experts préalable à un plan concerté de prévention, d'aide et de soins en matières d'assuetudes - point 4.1.1.4. et « plan alcool » de la CPSD ó point 4.1.1.5.).

⁴³ Voir www.infor-drogues.be

Liste des tableaux et figures

<i>Tableau 1 : Proportions des jeunes (%) selon le nombre d'occurrences de consommation d'alcool, le type de boisson et l'ivresse ó 30 derniers jours.....</i>	20
<i>Tableau 2 : Nationalité, l'ères demandes - 2003/2004.....</i>	23
<i>Tableau 3 : Situation sociale (domicile), l'ères demandes - 2003/2004.....</i>	24
<i>Tableau 4 : test "AUDIT" ; dépistage de la consommation nocive d'alcool et des buveurs à risque.....</i>	28
Figure 1 : Evolution des premières demande de traitement pour un problème d'alcool, 1993-2004.....	22
Figure 2 : évolution de la médiane pour l'âge, 1993-2004.....	23