

# BULLETIN SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE 2025 WALLONIE

## ALCOOL



eu@to@x



# BULLETIN SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE 2025 WALLONIE

## ALCOOL

### Citation recommandée

Eurotox (2025). Alcool. Bulletin socio-épidémiologique  
Wallonie. Bruxelles : Eurotox asbl.

### Dépot légal

D/2025/10.063/07  
Décembre 2025

### Mise en page

Nathalie da Costa Maya, CDCS asbl

### Coordonnées d'Eurotox

Eurotox asbl  
Rue Jourdan 151  
1060 Bruxelles  
02 539 48 29  
[info@eurotox.org](mailto:info@eurotox.org)  
<https://eurotox.org/>

Ce rapport peut être obtenu gratuitement  
sur simple demande.

# TABLE DES MATIÈRES

|  |           |
|--|-----------|
| <b>EUROTOX</b> .....   | <b>5</b>  |
| <b>1 INTRODUCTION</b> .....  | <b>6</b>  |
| <b>2 LE CADRE INTERNATIONAL ET EUROPÉEN</b> .....  | <b>7</b>  |
| 2.1 La Stratégie mondiale de l'OMS de 2010.....  | 7         |
| 2.2 Le Plan d'action mondial 2022-2030 de l'OMS.....   | 8         |
| 2.3 Les Plans européens de l'OMS en matière d'alcool.....  | 8         |
| 2.4 Le programme de développement durable à l'horizon 2030 des Nations Unies.....                    | 9         |
| 2.5 Le programme santé de l'Union Européenne (UE) 2014-2020.....                                     | 9         |
| 2.6 L'initiative SAFER de l'OMS.....   | 9         |
| 2.7 Les rapports de l'OMS sur le marketing alcoolier.....  | 10        |
| 2.8 Le projet <i>EVID-ACTION</i> de l'OMS.....   | 10        |
| <b>3 LE CADRE LÉGAL ET POLITIQUE BELGE</b> .....   | <b>11</b> |
| 3.1 Cadre institutionnel et stratégique fédéral de la politique en matière de drogues.....           | 11        |
| 3.1.1 La Conférence Interministérielle (CIM) Santé Publique.....                                     | 11        |
| 3.1.2 La Cellule Générale des Politiques Drogues (CGPD).....   | 11        |
| 3.1.3 La Stratégie interfédérale pour une politique globale et intégrée en matière de drogues.....   | 12        |
| 3.2 Commercialisation et promotion des boissons alcoolisées.....                                     | 13        |
| 3.2.1 Cadre légal général : la loi du 24 janvier 1977.....   | 13        |
| 3.2.2 Législation relative aux mineur-es.....  | 13        |
| 3.2.3 La Stratégie interfédérale en matière d'usage nocif d'alcool 2023-2028.....                    | 14        |
| 3.2.4 Durcissement des conditions de vente (loi du 21/03/2024).....                                  | 15        |
| 3.2.5 Renforcement du cadre de contrôle et de sanction de la vente d'alcool (loi du 19/12/2025)..... | 16        |
| 3.2.6 Régulation des publicités.....   | 17        |
| 3.2.7 Étiquetage.....  | 19        |
| 3.3 Consommation d'alcool et ivresse sur la voie publique.....                                       | 21        |
| 3.4 Sécurité routière.....   | 22        |
| 3.4.1 Contrôle de l'alcoolémie.....  | 22        |
| 3.4.2 Les stratégies (inter)fédérales de sécurité routière.....                                      | 23        |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>4</b> | <b>RECOMMANDATIONS</b> .....   | <b>24</b> |
| 4.1      | Les recommandations du Conseil Supérieur de la santé (CSS).....  | 24        |
| 4.2      | L'étude ALMOREGAL .....  | 29        |
| <b>5</b> | <b>CLASSIFICATION DES USAGES D'ALCOOL</b> .....  | <b>31</b> |
| <b>6</b> | <b>LA DISPONIBILITÉ ET L'OFFRE D'ALCOOL EN BELGIQUE</b> .....  | <b>33</b> |
| 6.1      | Les données de prix .....  | 33        |
| 6.2      | Les données de vente.....  | 34        |
| <b>7</b> | <b>ÉTAT DES LIEUX DE L'USAGE D'ALCOOL EN RÉGION WALLONNE</b> .....   | <b>36</b> |
| 7.1      | L'usage d'alcool chez les élèves de la 5 <sup>e</sup> année du primaire à la dernière<br>année du secondaire ..... | 36        |
| 7.1.1    | L'expérimentation de l'alcool .....  | 37        |
| 7.1.2    | L'expérimentation de l'ivresse .....   | 37        |
| 7.1.3    | La consommation d'alcool au cours des 30 jours précédant l'enquête.....  | 38        |
| 7.1.4    | L'ivresse au cours des 30 jours précédant l'enquête.....   | 38        |
| 7.1.5    | La consommation hebdomadaire d'alcool.....   | 39        |
| 7.1.6    | Le <i>binge drinking</i> .....   | 39        |
| 7.1.7    | Évolutions.....  | 40        |
| 7.1.8    | La polyconsommation .....  | 40        |
| 7.2      | L'usage d'alcool chez les étudiant-es de l'enseignement supérieur.....   | 43        |
| 7.2.1    | Les indicateurs de consommation d'alcool .....   | 43        |
| 7.2.2    | Les lieux festifs .....  | 53        |
| 7.2.3    | Représentations et normes sociales liées à la consommation d'alcool.....   | 53        |
| 7.2.4    | La polyconsommation .....  | 54        |
| 7.3      | L'usage d'alcool dans la population générale .....   | 55        |
| 7.3.1    | L'abstinence .....   | 56        |
| 7.3.2    | Âge lors de la première consommation .....   | 57        |
| 7.3.3    | La consommation quotidienne d'alcool .....   | 57        |
| 7.3.4    | La consommation hebdomadaire supérieure à dix verres .....   | 58        |
| 7.3.5    | L'hyper-alcoolisation épisodique .....   | 59        |
| 7.3.6    | Le <i>binge drinking</i> .....   | 61        |
| 7.3.7    | L'usage problématique .....  | 62        |
| 7.3.8    | La consommation à moindre risque.....  | 64        |
| 7.3.9    | Évolutions .....   | 65        |
| 7.3.10   | La polyconsommation .....  | 65        |

|           |   |            |
|-----------|---|------------|
| <b>8</b>  | <b>LES FACTEURS ASSOCIÉS À L'USAGE DE L'ALCOOL</b> .....  | <b>68</b>  |
| 8.1       | Modèles théoriques .....  | 68         |
| 8.2       | Analyse de facteurs associés à divers comportements d'usage d'alcool chez les élèves de la 5 <sup>e</sup> primaire à la dernière année du secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles (enquête HBSC 2022 (SIPES-ULB)) ..... | 70         |
| 8.3       | Analyse de facteurs associés à divers comportements d'usage d'alcool chez les habitant-es de Wallonie âgé-es de 15 ans et plus (enquête HIS 2018 (Sciensano)) .....   | 73         |
| <b>9</b>  | <b>LES MOTIVATIONS À L'USAGE DE L'ALCOOL</b> .....  | <b>75</b>  |
| 9.1       | Modèles théoriques .....  | 75         |
| 9.2       | Les données de l'enquête menée chez les étudiant-es de l'UCLouvain .....  | 77         |
| <b>10</b> | <b>LES CONSÉQUENCES SOCIO-SANITAIRES DE L'USAGE D'ALCOOL</b> .....  | <b>80</b>  |
| 10.1      | Les conséquences perçues de l'usage de l'alcool sur base des résultats de l'enquête chez les étudiant-es de l'UCLouvain .....   | 81         |
| 10.2      | Les infractions liées à l'alcool .....  | 85         |
| 10.2.1    | Les infractions de roulage liées à l'alcool .....   | 86         |
| 10.2.2    | La conduite sous l'influence de l'alcool .....  | 87         |
| 10.2.3    | Les accidents de la circulation sous l'influence de l'alcool .....  | 90         |
| 10.3      | Les intoxications liées à l'alcool .....  | 93         |
| 10.3.1    | Les nouveau-né-es .....   | 93         |
| 10.3.2    | La population âgée de 12 ans et plus .....  | 93         |
| 10.4      | Les demandes de traitements pour usage problématique d'alcool .....   | 94         |
| 10.4.1    | L'indicateur .....  | 95         |
| 10.4.2    | La situation en 2024 .....  | 95         |
| 10.4.3    | Tendance et évolution .....   | 97         |
| 10.5      | Les prises en charges dans les services de psychiatrie avec diagnostic d'usage problématique d'alcool .....   | 98         |
| 10.5.1    | L'indicateur .....  | 99         |
| 10.5.2    | La situation de 2005 à 2019 .....   | 99         |
| 10.6      | La mortalité en rapport avec la consommation d'alcool .....   | 100        |
| 10.7      | Le coût socio-économique de l'usage d'alcool .....  | 102        |
| <b>11</b> | <b>PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES</b> .....  | <b>103</b> |
| <b>12</b> | <b>TRAITEMENTS ET PRISES EN CHARGE DES TROUBLES DUS À L'USAGE D'ALCOOL</b> .....  | <b>106</b> |
| <b>13</b> | <b>ENJEUX ET PERSPECTIVES</b> .....   | <b>110</b> |
| <b>14</b> | <b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....  | <b>111</b> |



## QUI SOMMES-NOUS ?

### WALLONIE

#### Centre d'expertise en assuétudes

- › Mener et favoriser la recherche et la récolte des données, y compris relatives à la dimension de genre, en promotion de la santé, en ce compris la prévention
- › Fournir l'information et la documentation scientifique utile à la mise en œuvre du Plan de promotion de la santé et de prévention (WAPPS)<sup>1</sup> et en favoriser l'appropriation par les acteur·rices en promotion de la santé

<https://eurotox.org>

### AGENCE EUROPÉENNE DES DROGUES

#### Point-Focal régional bruxellois et wallon

- › Mise en œuvre des 5 indicateurs épidémiologiques-clés
- › Remplissage des tables standards et questionnaires structurés
- › Contribution au rapportage européen
- › Participation au système d'alerte précoce (EWS)

<https://eurotox.org/point-focal-regional/>

Depuis 2000, l'ASBL Eurotox remplit la fonction d'Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et en Région Bruxelles-Capitale, ainsi que la mission de Point-Focal régional au sein du Réseau Européen d'Information sur les drogues et les toxicomanies (REITOX) pour l'Agence Européenne des Drogues (EUDA)<sup>2</sup>.

Dans ce cadre, nous effectuons à l'échelle de la Wallonie un monitoring épidémiologique et sociologique des usages de drogues et de ses conséquences socio-sanitaires. Ce monitoring porte sur des données quantitatives et qualitatives permettant de dépeindre la situation épidémiologique relatives aux usages, à leurs déterminants et à leurs conséquences. Il concerne l'ensemble des drogues légales (alcool, tabac, médicaments psychotropes) et illégales (e.g.

cannabis, cocaïne, kétamine, MDMA), et s'étend également aux usages sans produit (e.g. écrans, jeux de hasard et d'argent).

D'autre part, Eurotox réalise la veille législative et politique de ces phénomènes, enrichie d'une réflexion sociologique. La contextualisation socio-culturelle des données quantitatives est indispensable pour comprendre les évolutions et appréhender les conséquences des tendances en matière de drogues et d'usage de drogue. Elle fournit un éclairage scientifique, met en exergue les différentes approches, et paradigmes coexistant dans le débat public et contribue *in fine* à enrichir la compréhension contextualisée du phénomène.

La mission de Point-Focal régional, réalisée en collaboration avec Sciensano et le VAD, consiste à faire remonter jusqu'à l'EUDA une série d'informations quantitatives et qualitatives relatives à l'usage de drogues et aux dispositifs mis en place à l'échelle de la Wallonie.

Le travail d'Eurotox vise à favoriser une compréhension fine du phénomène de l'usage des drogues sur les aspects épidémiologiques, sociologiques, sanitaires et légaux. Eurotox met son expertise au service des opérateurs·rices, des médias et des décideur·ses à travers la mise à disposition d'une information scientifique, synthétique et critique, un soutien méthodologique, et un accompagnement de professionnel·les pour des questions relatives aux usages et aux assuétudes, avec ou sans produits.

1 Plus d'informations dans le document suivant : <https://www.aviq.be/sites/default/files/documents/2025-01/Plan%20Horizon%2030%20partie%202.pdf>

2 L'Agence Européenne des Drogues (EUDA) remplace l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), qui avait été créé en 1993.

L'alcool est une substance psychoactive omniprésente dans les sociétés occidentales, consommée à la fois pour ses effets désinhibiteurs et euphorisants, mais aussi en raison de sa place profondément enracinée dans la culture et la vie sociale. Issu de la fermentation ou de la distillation de sucres, il est principalement métabolisé par le foie et agit directement sur le système nerveux central. Son assimilation et ses effets varient selon de nombreux facteurs (âge, métabolisme, état de santé, facteurs génétiques, etc.), ce qui explique les différences de tolérance entre les individus.

Bien que souvent associé à des moments festifs et conviviaux, l'alcool constitue un enjeu majeur de santé publique en raison des nombreux dommages qu'il engendre, tant sur le plan individuel que sociétal. Contrairement à d'autres substances psychoactives réglementées, il bénéficie d'une large acceptabilité sociale et d'une accessibilité relativement aisée, contribuant à sa consommation massive et à sa banalisation.

Cette acceptation sociale s'explique en partie par son intégration dans les pratiques culturelles et les interactions sociales. Boire de l'alcool est souvent perçu comme un rite de passage ou un symbole d'intégration, renforcé par des normes de consommation profondément ancrées dans la vie quotidienne (apéritifs, célébrations, événements professionnels, etc.). La publicité et les stratégies marketing des producteurs entretiennent cette normalisation en associant l'alcool au plaisir, à la détente et au succès social. Cette image positive tend à minimiser, voire à occulter, ses effets délétères, alors qu'il représente l'un des principaux facteurs de mortalité et de morbidité dans le monde.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2,6 millions de décès ont été attribués à l'alcool en 2019, représentant 4,7 % de la mortalité mondiale. Parmi ceux-ci, 1,6 million résultaient de maladies non transmissibles, dont 474 000 liées aux maladies cardiovasculaires et 401 000 aux cancers, tandis que 724 000 décès étaient dus à des blessures et 284 000 à des maladies transmissibles (OMS, 2024). Les hommes représentaient trois quarts de ces décès, et les jeunes de 20 à 39 ans étaient particulièrement touchés, avec 13 % des décès attribuables à l'alcool. L'alcool est un facteur de risque pour plus de 200 maladies et est impliqué dans des pathologies graves telles que les cancers, les maladies cardiovasculaires et hépatiques, ainsi que les troubles neurologiques et psychiatriques. De plus, les études montrent que plus la consommation d'alcool commence tôt, plus le risque de développer un trouble de l'usage à l'âge adulte est élevé.

L'Europe affiche la consommation d'alcool la plus élevée au monde, avec une moyenne de 9,2 litres par habitant-e en 2019, contre 5,5 litres à l'échelle mondiale (OMS, 2024). Ce niveau de consommation représente un défi majeur de santé publique, notamment en raison de son impact sur la mortalité prématurée et l'espérance de vie en bonne santé. En 2019, au sein de l'Union européenne (UE), 8,4 % de la population adulte (15 ans et plus) déclaraient consommer de l'alcool quotidiennement, 28,8 % chaque semaine et 22,8 % chaque mois, tandis que 26,2 % affirmaient ne jamais en consommer ou ne pas en avoir consommé au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, environ 209 millions de personnes dans le monde vivaient avec une dépendance à l'alcool en 2019, soit 3,7 % de la population mondiale.

Ce bulletin socio-épidémiologique présente un état des lieux de la consommation d'alcool en Wallonie ainsi que de ses conséquences sanitaires et sociales, en s'appuyant sur les données épidémiologiques les plus récentes. Il met en perspective ces données avec les connaissances scientifiques actuelles, les réglementations en vigueur et les recommandations nationales et internationales. Enfin, il aborde brièvement les stratégies de réduction des risques et les dispositifs de prise en charge des troubles liés à l'usage d'alcool.

# LE CADRE INTERNATIONAL ET EUROPÉEN

Contrairement aux drogues illicites, qui sont régies au niveau international par des instruments juridiquement contraignants, notamment la Convention unique sur les stupéfiants de 1961<sup>3</sup> et les conventions qui l'ont complétée, l'alcool constitue une spécificité en tant que substance psychoactive et dépendogène ne faisant l'objet d'aucune convention internationale équivalente. Sa régulation relève dès lors principalement des législations nationales. Néanmoins, des initiatives et des stratégies internationales se sont progressivement développées, principalement sous l'égide de l'OMS et de l'UE, afin de fournir des orientations communes et de favoriser la coopération entre les États. À cet égard, la Région européenne de l'OMS<sup>4</sup>, par l'intermédiaire de son Comité régional, a joué un rôle pionnier en adoptant dès le début des années 1990 un premier plan d'action sur l'alcool<sup>5</sup>. Ce dernier constitue une étape structurante dans la reconnaissance de l'alcool comme enjeu de santé publique et dans l'élaboration de politiques coordonnées de réduction des conséquences socio-sanitaires liées à un usage problématique de l'alcool.

## 2.1

### LA STRATÉGIE MONDIALE DE L'OMS DE 2010

En 2010, les États membres de l'OMS ont approuvé un document nommé «Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool»<sup>6</sup> qui a été élaboré dans le but de guider les pays à réduire les effets délétères de l'alcool sur la santé publique, en combinant réglementation, prévention, traitement et coopération internationale. Ses objectifs principaux sont de réduire de manière significative la morbidité et la mortalité liées à la consommation d'alcool, ainsi que les conséquences sociales associées. Cette Stratégie vise à créer un cadre global et cohérent pour réduire les conséquences négatives relatives à la consommation d'alcool à travers des politiques de santé publique robustes, des régulations strictes, une taxation appropriée, un suivi rigoureux et une collaboration internationale renforcée.

Elle se déploie à travers plusieurs domaines d'actions prioritaires. D'abord, elle met l'accent sur le leadership et la sensibilisation, en cherchant à renforcer la volonté politique et l'engagement des gouvernements et des parties prenantes face aux conséquences négatives liées à la consommation d'alcool. L'OMS encourage l'intégration des interventions dans les politiques de santé publique, afin de garantir que les mesures de prévention et de traitement des problématiques associées à l'alcool soient disponibles et accessibles dans les systèmes de santé nationaux.

La Stratégie insiste également sur le rôle crucial des interventions communautaires et sociales. Elle encourage les initiatives locales qui visent à réduire la consommation d'alcool et ses effets néfastes au sein des communautés. En matière de politiques de disponibilité de l'alcool, la Stratégie recommande la régulation stricte de l'accès à l'alcool, par des mesures telles que la taxation et les politiques de prix, pour dissuader la consommation abusive.

La régulation du marketing et de la publicité des boissons alcoolisées constitue un autre axe important. La Stratégie vise à limiter la promotion de l'alcool, particulièrement celle ciblant les jeunes et les populations vulnérables. L'OMS promeut également le développement de services de prévention, de traitement et de réhabilitation pour les personnes affectées par une consommation problématique d'alcool.

Enfin, la surveillance et l'évaluation sont essentielles pour le succès de la Stratégie. L'OMS appelle au renforcement des systèmes de surveillance et de recherche pour mieux suivre les tendances de consommation d'alcool et leurs impacts, permettant ainsi une réponse plus efficace et adaptée.

3 Nations Unies. Convention unique sur les stupéfiants de 1961, telle que modifiée par le Protocole de 1972. URL : <https://www.unodc.org/unodc/en/treaties/single-convention.html>

4 La Région européenne est l'une des six régions administratives de l'OMS, regroupant 53 États membres. Elle comprend l'ensemble des pays de l'UE ainsi que d'autres pays d'Europe occidentale, centrale et orientale, des Balkans, du Caucase et d'Asie centrale. Elle constitue un cadre de coopération en santé publique distinct de l'UE, sans compétences juridiquement contraignantes, mais jouant un rôle central dans l'élaboration de stratégies, de recommandations et de cadres d'action en matière de santé.

5 WHO, Regional Office for Europe. Forty-second Regional Committee for Europe: Copenhagen, 14-19 September 1992: resolution: European Alcohol Action Plan. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/348707>

6 OMS. Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. Genève ; 2010. URL : [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44485/9789242599930\\_fre.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44485/9789242599930_fre.pdf)

## LE PLAN D'ACTION MONDIAL 2022-2030 DE L'OMS

Le Plan d'action mondial 2022-2030<sup>7</sup> de l'OMS s'inscrit dans la lignée de la Stratégie mondiale de 2010. Il a été conçu pour renforcer et intensifier l'efficacité de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale en fournissant des orientations claires et des options d'actions aux États membres. Il se base sur les enseignements tirés des initiatives antérieures tout en prenant en compte les nouveaux défis et développements, notamment ceux découlant de la pandémie de Covid-19 et des évolutions épidémiologiques. Les objectifs opérationnels du Plan d'action sont :

- élargir la portée, l'implémentation et l'application des interventions efficaces pour réduire l'usage nocif de l'alcool à l'échelle mondiale, en prenant en compte les différences de genre et les parcours de vie ;
- renforcer la coordination et le leadership pour une action multisectorielle efficace, en améliorant la gouvernance et l'engagement politique ;
- améliorer les capacités des systèmes de santé et de protection sociale pour prévenir et traiter les troubles liés à la consommation d'alcool, intégrés à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable à l'horizon 2030 ;
- sensibiliser le public aux risques sanitaires et sociaux de la consommation d'alcool, ainsi qu'à l'efficacité des interventions pour réduire cette consommation et ses effets néfastes ;
- renforcer les systèmes d'information et la recherche pour surveiller la consommation d'alcool, ses méfaits et les facteurs modifiables, afin de guider l'élaboration et l'évaluation des politiques et des interventions ;
- mobiliser de manière significative les ressources nécessaires pour mettre en œuvre des mesures continues visant à

7 OMS. Plan d'action mondial contre l'alcool 2022-2030. Genève ; 2024. URL : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377631/9789240095878-fre.pdf?sequence=1>

réduire l'usage nocif de l'alcool à tous les niveaux, en favorisant une approche durable et intégrée.

## LES PLANS EUROPÉENS DE L'OMS EN MATIÈRE D'ALCOOL

Selon le rapport de situation mondiale sur l'alcool et la santé de l'OMS de 2018, huit des dix pays ayant le plus haut niveau de consommation d'alcool sont situés en Europe, ce qui reflète une culture profondément enracinée de consommation d'alcool dans de nombreux pays européens (WHO, 2018). Cette situation préoccupante a des répercussions considérables sur la santé publique en termes de coûts économiques et socio-sanitaires (cf. section 10).

**Le Plan d'action européen de 2012-2020** (EUR/RC61/R4)<sup>8</sup> visant à réduire l'usage nocif de l'alcool a été élaboré afin de fournir aux États membres de la Région européenne de l'OMS des orientations et des options politiques alignées sur la Stratégie mondiale de l'OMS. Approuvé en 2011 par les 53 États membres, ce plan visait à répondre aux défis émergents et aux opportunités d'action aux niveaux national et international dans le domaine de la prévention des dommages liés à l'alcool. Il constitue un cadre global de santé publique fondé sur des données probantes, ayant pour objectif de réduire la morbidité et la mortalité attribuables à l'alcool.

Le plan s'articule autour de dix domaines d'action prioritaires, couvrant à la fois les déterminants structurels de la consommation d'alcool et les réponses sanitaires et sociétales à ses conséquences. Ceux-ci incluent le renforcement du leadership, de la sensibilisation et de l'engagement politique ; l'amélioration de la réponse des systèmes de santé, notamment par le dépistage précoce et le traitement

8 WHO, Regional Office for Europe. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. Copenhagen; 2012. URL : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107307/9789289002868-eng.pdf>

des troubles liés à l'usage de l'alcool ; le développement de l'action communautaire et sur le lieu de travail ; la mise en œuvre de politiques efficaces de prévention de l'alcool au volant ; la régulation de la disponibilité de l'alcool ; la réduction de l'exposition au marketing des boissons alcoolisées, en particulier chez les enfants et les jeunes ; l'adoption de politiques de prix visant à limiter la consommation nocive ; la réduction des conséquences négatives de la consommation et de l'intoxication alcoolique ; la lutte contre l'alcool illicite ou produit de manière informelle ; ainsi que le renforcement du suivi, de la surveillance et de la production de données comparables. Le plan souligne que chaque État membre doit choisir les actions les plus applicables et efficaces en fonction de son contexte national, religieux et culturel.

**Le Cadre d'action européen 2022-2025** (EUR/RC72/12)<sup>9,10</sup> s'inscrit dans la continuité de ce plan, en actualisant et en renforçant les initiatives pour répondre aux défis persistants et émergents dans la lutte contre l'usage nocif de l'alcool. Adopté en 2022, ce cadre a été élaboré par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe, en tenant compte des nouvelles preuves scientifiques, des meilleures pratiques en matière de politique de santé publique, et des enseignements tirés de la pandémie de Covid-19.

Il préconise une approche multisectorielle impliquant les gouvernements, les communautés, la société civile et le secteur privé pour mettre en œuvre des stratégies coordonnées de prévention et de gestion de l'usage d'alcool. En outre, le Cadre d'action appelle à une meilleure surveillance et évaluation des politiques et interventions, pour garantir leur efficacité et adapter les actions en fonction des résultats obtenus.

Un rapport final sur la mise en œuvre du Cadre sera soumis au Comité régional pour l'Europe en 2025, accompagné de recommandations sur la marche à suivre pour la période 2026-2030, conformément

9 WHO, Regional Office for Europe. European framework for action on alcohol 2022-2025. Copenhagen; 2022. URL : [https://www.drugsandalcohol.ie/37045/13/WHO\\_72nd\\_meeting\\_Framework\\_on\\_Alcohol-220604.pdf](https://www.drugsandalcohol.ie/37045/13/WHO_72nd_meeting_Framework_on_Alcohol-220604.pdf)

10 WHO, Regional Office for Europe. Turning down the alcohol flow. Background document on the European framework for action on alcohol 2022-2025. Copenhagen; 2022. URL : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361975/WHO-EURO-2022-5991-45756-65835-eng.pdf>

au Plan d'action mondial 2022-2030 visant à mettre en œuvre efficacement la Stratégie mondiale de 2010.

## 2.4

### LE PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT DURABLE À L'HORIZON 2030 DES NATIONS UNIES

Adopté en 2015 par les États membres des Nations Unies, le Programme de développement durable à l'horizon 2030<sup>11</sup> constitue un cadre d'action global visant à engager le monde sur une trajectoire de développement durable, à renforcer la paix et à éliminer la pauvreté sous toutes ses formes. Structuré autour de 17 objectifs de développement durable (ODD), ce programme embrasse les dimensions économique, sociale et environnementale du développement.

À l'instar du Cadre d'action européen pour l'alcool 2022-2025, qui inscrit explicitement la réduction de l'usage nocif de l'alcool dans une approche transversale de santé publique, l'Agenda 2030 reconnaît le rôle central des facteurs de risque évitables dans l'amélioration de la santé et du bien-être des populations. L'ODD 3, consacré à la santé et au bien-être, accorde une attention particulière à la prévention des maladies non transmissibles (cible 3.4) et au renforcement de la prévention et du traitement de l'abus de substances psychoactives, y compris l'alcool (cible 3.5).

Plus largement, le programme entend permettre à tou-tes de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être à tous les âges, notamment à travers les priorités suivantes :

- mettre fin à l'épidémie de sida et à la tuberculose, combattre les hépatites et les maladies transmissibles, ce qui pourrait impliquer la prévention et la réduction des risques liés à l'usage de drogues ;

11 Assemblée générale des Nations Unies. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. New York ; 2015. URL : [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Resolution\\_A\\_RES\\_70\\_1\\_FR.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Resolution_A_RES_70_1_FR.pdf)

- promouvoir la santé mentale et le bien-être ;
- renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment les stupéfiants et l'alcool ;
- renforcer l'application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac<sup>12</sup> ;
- garantir l'accès de chacun-e à une couverture sanitaire universelle.

## 2.5

### LE PROGRAMME SANTÉ DE L'UNION EUROPÉENNE (UE) 2014-2020

Le troisième programme d'action de l'UE<sup>13</sup> dans le domaine de la santé pour la période 2014-2020, intitulé «La santé en faveur de la croissance», ne porte pas spécifiquement sur l'alcool, mais s'inscrit dans une approche globale de la santé publique. Dans ce cadre, la consommation d'alcool est abordée comme l'un des principaux facteurs de risque évitables, au même titre que le tabagisme ou l'obésité, et intégrée aux actions visant à promouvoir la santé et à prévenir les maladies. Ce programme vise à soutenir les États membres en vue d'atteindre quatre objectifs :

- Objectif n°1 : Favoriser des systèmes de santé innovants et viables. La Commission européenne doit soutenir les États membres dans la gestion des ressources humaines et financières, promouvoir les innovations en soins de santé comme la santé en ligne, et encourager le partage d'expertise, notamment à travers le partenariat européen pour un vieillissement actif et en bonne santé.
- Objectif n°2 : Améliorer l'accès à des soins de santé de qualité et sûrs. La mise en place d'un système d'accréditation des réseaux européens de référence est

12 OMS. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève ; 2003. URL : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/59aabf5c-c108-4039-b427-1572be49410d/content>

13 Parlement européen. Troisième programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé (2014-2020). Bruxelles ; 2014. URL : <https://op.europa.eu/fr/publication-detail/-/publication/fc006360-8c47-11e7-b5c6-01aa75ed71a1/language-fr>

suggérée pour soutenir les actions dans des domaines comme les maladies rares. De plus, des orientations européennes sur la sécurité des patient-es et l'utilisation des agents antimicrobiens doivent être développées.

- Objectif n°3 : Promouvoir la santé et prévenir les maladies. Les États membres sont encouragés à échanger des bonnes pratiques en prévention du tabagisme, de l'abus d'alcool et de l'obésité, ainsi qu'à mettre en place des actions spécifiques pour prévenir les maladies chroniques, y compris le cancer.
- Objectif n°4 : Protéger les citoyen-nes des menaces sanitaires transfrontalières. Il est nécessaire d'améliorer le niveau de préparation et les capacités de coordination pour faire face aux menaces sanitaires transfrontalières graves.

## 2.6

### L'INITIATIVE SAFER DE L'OMS

L'initiative SAFER<sup>14</sup> a été lancée en 2018 par l'OMS et ses partenaires pour lutter contre les dommages liés à l'usage nocif d'alcool. Elle recommande de réduire l'accessibilité de l'alcool grâce à des politiques de tarification et de régulation du marché. Elle invite les États membres à adopter des mesures en ce sens et leur fournit des outils concrets pour les mettre en œuvre. SAFER repose sur cinq interventions prioritaires, fondées sur des preuves scientifiques, afin d'aider les pays à élaborer et appliquer des politiques efficaces.

Premièrement, l'initiative vise à renforcer les restrictions sur la disponibilité de l'alcool en limitant les heures de vente, le nombre de points de vente et en régulant leur densité. Elle encourage également l'élévation de l'âge légal pour l'achat et la consommation d'alcool.

14 WHO. The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels. Geneva; 2019. URL : <https://www.issup.net/files/2023-01/9789241516419-eng.pdf>

Deuxièmement, elle met l'accent sur la lutte contre la conduite en état d'ivresse, en promouvant l'application de lois strictes et de sanctions sévères, la mise en place de contrôles routiers réguliers et aléatoires, ainsi que des campagnes de sensibilisation sur les dangers de l'alcool au volant.

Troisièmement, SAFER prévoit l'offre de services de dépistage et d'interventions brèves dans les établissements de santé, l'intégration du traitement des troubles liés à l'alcool dans les systèmes de santé, et la formation des professionnel·les de santé à l'identification et au traitement de ces troubles.

Quatrièmement, l'initiative préconise l'application d'interdictions ou de restrictions strictes sur la publicité, le parrainage et la promotion de l'alcool. Cela inclut l'interdiction de la publicité dans les médias de masse, la limitation des promotions sur les lieux de vente et l'interdiction du parrainage d'événements sportifs et culturels par des marques d'alcool.

Enfin, SAFER encourage l'augmentation des prix de l'alcool par des taxes d'accise et des politiques de tarification. L'instauration de taxes élevées et de prix minimums vise à empêcher la vente d'alcool à bas prix. Les recettes fiscales générées peuvent ainsi être réinvesties dans des programmes de prévention et de traitement des troubles liés à l'alcool.

2.7

## LES RAPPORTS DE L'OMS SUR LE MARKETING ALCOOLIER

En 2020 et 2021, l'OMS a publié deux rapports<sup>15,16</sup> abordant la question du marketing de l'alcool et formulant des recommandations sur la manière de le

15 WHO. Reducing the harm from alcohol by regulating cross-border alcohol marketing, advertising and promotion: a technical report. Geneva; 2022. URL : <https://www.who.int/publications/item/9789240046504>

16 WHO, Regional Office for Europe. Digital marketing of alcohol: challenges and policy options for better health in the WHO European Region. Copenhagen; 2021. URL : <https://www.who.int/europe/publications/item/9789289056434>

réguler, particulièrement dans le contexte du numérique. Ils soulignent l'impact significatif du marketing de l'alcool sur les comportements de consommation, notamment chez les jeunes et les groupes vulnérables. Ces rapports mettent en lumière le fait que le marketing alcoolier s'est déplacé depuis les médias traditionnels (radio, journaux, télévision) qui font l'objet de restrictions légales, vers les médias digitaux (avec en tête les réseaux sociaux) qui sont plus difficiles à réguler. Les réseaux sociaux permettent aux alcooliers de cibler et communiquer directement avec les consommateur·rices potentiel·les, ainsi que les impliquer dans des contenus qu'ils génèrent eux-mêmes. Ainsi, les alcooliers profitent à la fois de la diffusion de contenus qu'ils produisent et de la diffusion de contenus générés par les usager·ères des réseaux sociaux.

De plus, la recherche scientifique montre que les postes positifs relatifs à l'alcool sont davantage visibles que les postes négatifs et sont généralement mis en ligne par des tiers, plutôt que par les personnes qui y apparaissent ou qui sont directement concernées par le contenu (notamment via les «tags»). Les postes relatifs à l'alcool reçoivent également plus de «likes» et de commentaires positifs que d'autres types de postes. Ce type de dynamique sur les réseaux sociaux est susceptible de mener à la normalisation de la consommation d'alcool et à une tendance à minimiser les risques liés à celle-ci au sein des jeunes adultes et des adolescent·es.

Ces frontières floues entre annonceurs et consommateur·rices requièrent un élargissement des régulations en matière de marketing alcoolier et une mise à jour des législations actuelles, qui devront clarifier si les intérêts commerciaux des alcooliers peuvent ou ne peuvent recourir à des citoyen·nes à des fins promotionnelles sans contrepartie (en particulier les personnes les plus vulnérables). Dans ce contexte, les politiques de santé publique doivent désormais considérer les réseaux sociaux comme des environnements d'influence majeurs sur la santé. Les dynamiques commerciales et sociales qui s'y déploient contribuent en effet à la normalisation de comportements à risque, notamment en matière de consommation d'alcool. L'OMS note cependant que de telles mesures ne pourront pas être prises par l'Europe, les lobbies alcooliers y étant actuellement trop

influent. Elle prend également acte du fait que réguler les contenus commerciaux en ligne est un véritable challenge, et que le succès de telles politiques publiques reposera sur une collaboration globale et régionale entre les autorités concernées tant dans les pays d'émission des contenus que dans les pays de réception.

2.8

## LE PROJET EVID-ACTION DE L'OMS

Le projet EVID-ACTION (*Evidence into action alcohol project*)<sup>17</sup> est une initiative de l'OMS lancée en 2022 qui vise à traduire les preuves scientifiques en politiques et interventions pratiques efficaces pour réduire l'usage problématique d'alcool et ses conséquences socio-sanitaires.

Les principales priorités d'EVID-ACTION sont les suivantes :

- diffuser les meilleures bases factuelles disponibles sur les options stratégiques pour lutter contre la consommation d'alcool et les dommages qu'elle provoque ;
- renforcer la littératie en santé et les connaissances de la population sur les méfaits de l'alcool, et notamment sur le lien entre l'alcool et le cancer ;
- améliorer les dispositions relatives à l'étiquetage des boissons alcoolisées ;
- intensifier le dépistage et les interventions de courte durée en rapport avec la consommation d'alcool dans différents contextes ;
- œuvrer à la mise en application des mesures prioritaires du Cadre d'action européen en matière d'alcool 2022-2025.

17 OMS, Bureau régional pour l'Europe. L'OMS/Europe lance le projet EVID-ACTION pour agir contre la consommation d'alcool et ses méfaits en s'inspirant des preuves scientifiques. 6 décembre 2022. URL : [https://www.who.int/europe/fr/news-room/events/item/2022/12/06/default-calendar/who-europe-launches-evid-action-to-bring-evidence-to-action-to-reduce-alcohol-consumption-and-harms#:~:text=L'OMS%2FEurope%20lance%20le%20projet%20EVID%20D'ACTION%20\(%2C%20UE%2C%20d'Islande%2C](https://www.who.int/europe/fr/news-room/events/item/2022/12/06/default-calendar/who-europe-launches-evid-action-to-bring-evidence-to-action-to-reduce-alcohol-consumption-and-harms#:~:text=L'OMS%2FEurope%20lance%20le%20projet%20EVID%20D'ACTION%20(%2C%20UE%2C%20d'Islande%2C)

# LE CADRE LÉGAL ET POLITIQUE BELGE

En Belgique, la politique en matière d'alcool relève de différents niveaux de pouvoir – fédéral, régional, communautaire – selon les aspects pris en considération. Le pouvoir fédéral est chargé de plusieurs compétences relatives aux drogues légales et illégales. Si la sixième réforme de l'État a transféré aux Communautés et aux Régions certaines compétences en matière de prévention, de réduction des risques, de soins de santé (y compris mentale) et de promotion de la santé, le Fédéral conserve néanmoins des compétences liées à la santé, à la sécurité, à la justice (notamment le système carcéral), à la recherche scientifique et au contrôle des substances psychoactives légales et illégales (y compris les médicaments). Le niveau fédéral étant compétent en matière de contrôle des substances psychoactives, il édicte les lois et arrêtés royaux auxquels se conforment les entités fédérées (dans le respect de leurs compétences) et les citoyens.

## 3.1

### CADRE INSTITUTIONNEL ET STRATÉGIQUE FÉDÉRAL DE LA POLITIQUE EN MATIÈRE DE DROGUES

#### 3.1.1 LA CONFÉRENCE INTERMINISTÉRIELLE (CIM) SANTÉ PUBLIQUE

La Conférence interministérielle (CIM) Santé Publique a été créée afin d'assurer une coordination efficace entre les différents niveaux de pouvoir et de promouvoir une politique de santé publique cohérente et harmonisée à travers le pays. Cette instance réunit le ministre fédéral de la Santé publique ainsi que les ministres régionaux et communautaires compétent-es dans ce domaine.

Les membres de la CIM se réunissent régulièrement pour discuter des défis en santé publique, échanger des informations et prendre des décisions concertées sur des questions d'intérêt commun. Ils peuvent conclure des accords de coopération pour gérer les compétences partagées et formuler des recommandations aux gouvernements et aux parlements des différentes entités fédérées afin d'améliorer les politiques de santé publique et d'en assurer la cohérence.

La CIM Santé Publique organise également plusieurs réunions thématiques spécialisées, dont la Réunion Thématique Drogues (RTD), qui se concentre sur des aspects spécifiques de la santé publique afin de développer des stratégies et des actions adaptées concernant la coordination et l'harmonisation de la politique globale et intégrée en matière de drogues. La RTD de la CIM se réunit pour aborder des thèmes définis dans l'Accord de coopération de 2002, notamment :

- La prévention de l'usage de drogues ;
- L'offre d'assistance et de traitements destinés aux « toxicomanes » ;
- Le contrôle de la production et du commerce ou du trafic de stupéfiants et de substances psychotropes.

#### 3.1.2 LA CELLULE GÉNÉRALE DES POLITIQUES DROGUES (CGPD)

La coordination de la politique belge en matière de drogues est assurée par la CGPD. Créée en 2008, la CGPD<sup>18</sup> a pour objectif d'harmoniser la politique globale et intégrée en matière de drogues. Il appartient à la Réunion thématique Drogues de la CIM Santé publique de prendre la décision finale sur les dossiers que la CGPD lui soumet.

.....  
 18 Plus d'informations sur le fonctionnement, les objectifs et les actions de la CGPD dans son Rapport d'activité 2020-2023 disponible à l'adresse suivante : [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/20231220\\_rapport\\_cgpd\\_2020\\_2023\\_fr.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/20231220_rapport_cgpd_2020_2023_fr.pdf)

Les activités de la Cellule concernent les drogues illégales, le tabac, l'alcool, le jeu et les substances psychoactives. Les missions, la composition et le fonctionnement de cette Cellule sont déterminés et mis en œuvre conformément à l'Accord de coopération.

Elle est chargée des 8 missions suivantes :

- 1) Faire réaliser un inventaire détaillé, complet et à jour de tous les acteur-rices impliqué-es dans la problématique des drogues ;
- 2) Proposer des mesures motivées en vue de faire concorder les actions menées ou envisagées par les administrations et services publics compétents et les parties signataires et d'accroître l'efficacité desdites actions ;
- 3) Émettre des avis et des recommandations motivés sur la réalisation de l'harmonisation des politiques en matière de drogues ;
- 4) Évaluer, en collaboration étroite avec l'Observatoire belge des Drogues et des Toxicomanies :
  - a) la qualité des données et des informations qui sont transmises à la Cellule générale par chacune des parties signataires ainsi que par les administrations et services publics
  - b) la rapidité de l'échange d'informations entre ces autorités, les divers organismes compétents et la CGPD ;
- 5) Préparer et proposer des accords ou des protocoles de coopération pour réaliser les actions intégrées ;
- 6) Préparer les rapports pour la Conférence interministérielle et pour les instances internationales ;
- 7) Stimuler la concertation, proposer à la Conférence interministérielle une position commune de la Belgique auprès des instances européennes et internationales compétentes en matière de drogues ;
- 8) Formuler des recommandations et des propositions relatives au contenu et à la mise en œuvre des notes de politique en matière de drogues rédigées par les parties signataires.

Les réalisations majeures de cette législature furent principalement consacrées à la rédaction de stratégies interfédérales.

Depuis mai 2024, un panel consultatif multidisciplinaire a été mis en place afin de soutenir la CGPD et la politique interfédérale en matière de drogues<sup>19</sup>. Ce panel est composé de 13 personnes ayant, soit une expertise scientifique, soit une expérience professionnelle pertinente, ou bien un savoir expérientiel, et provenant des différents piliers de la politique interfédérale en matière de drogues (prévention, soins et rétablissement, réduction des risques, sécurité, recherche)<sup>20</sup>. Il est mis en place pour une période pilote de deux ans, durant laquelle, son fonctionnement sera testé et, au terme de laquelle, une évaluation aura lieu en 2025. Le panel sera chargé de fournir des avis sur des questions politiques et d'identifier de nouveaux développements en matière d'utilisation, de trafic ou de production de drogues. Grâce à l'expertise des membres du panel consultatif, la CGPD vise à développer une politique des drogues informée par les preuves et fondée sur les bonnes pratiques et l'expérience.

### 3.1.3 LA STRATÉGIE INTERFÉDÉRALE POUR UNE POLITIQUE GLOBALE ET INTÉGRÉE EN MATIÈRE DE DROGUES

La Réunion Thématique Drogues (cf. point 3.1.1) a approuvée en décembre 2023 la nouvelle Stratégie interfédérale pour une politique globale et intégrée en matière de drogues<sup>21,22</sup>. Cette Stratégie est une réponse à l'évolution du phénomène de la drogue, que la Note Fédérale Drogues de 2001 et la Déclaration Conjointe de 2010 n'abordaient que de façon limitée. Elle s'applique à la

période 2024-2025 et vise à s'articuler de manière globale et transversale avec les plans déjà existants. Cette nouvelle stratégie découle de l'étude scientifique «Évaluation de la politique drogue belge (EVADRUG)». L'étude a montré, entre autres, que les objectifs politiques de la Note Fédérale Drogues et de la Déclaration Conjointe ne correspondent pas toujours, dans certains domaines, à la situation épidémiologique actuelle ou aux réalités de terrain<sup>23</sup>. Sur base des recommandations de cette étude, la Réunion Thématique Drogues a mandaté en mars 2022 la Cellule Générale de Politique Drogues (CGPD) afin de rédiger une stratégie interfédérale renouvelée.

La Stratégie interfédérale sur les drogues reflète la vision globale et consensuelle<sup>24</sup> de l'Etat Fédéral, des Communautés, de la Commission Communautaire Commune (Cocom), de la Commission Communautaire Française (Cocof) et des Régions sur l'usage de drogues et sur les comportements à potentiel addictif. Elle couvre les différentes facettes de l'approche du phénomène de drogue, depuis la prévention et la limitation des risques et des dommages associés à la consommation de drogues et aux comportements à potentiel addictif, jusqu'à l'offre d'assistance et de traitements psychosociaux, en passant par l'approche de la criminalité et des nuisances liées à la drogue. La Stratégie vise à protéger et à renforcer une société saine et sûre pour tout le monde, grâce à une politique antidrogue équilibrée, globale et intégrée, intersectorielle et fondée sur des données probantes. Le champ d'application de cette Stratégie drogues inclut les produits ou les comportements qui créent - concrètement ou potentiellement - une dépendance et peuvent avoir un effet nocif à partir d'une certaine exposition, tels que les drogues illicites, l'alcool, le tabac, les médicaments psychoactifs, les addictions comportementales et d'autres produits à potentiel addictif (produits dopants, protoxyde d'azote).

.....  
23 Il est recommandé d'élaborer des politiques en matière de drogues qui soient informées scientifiquement, donc des politiques en matière de drogues qui s'appuient sur des données disponibles en tenant compte des différentes sources d'information, à savoir les expériences vécues, les données issues de la pratique et les données scientifiques.

24 Des positionnements divergents peuvent exister parmi le fédéral et les entités fédérées. La stratégie inclut les éléments qui font consensus.

Les six objectifs stratégiques suivants constituent les piliers de la nouvelle Stratégie interfédérale transversale et globale :

- 1) Promouvoir et protéger la santé et le bien-être. Cet objectif vise à décourager et à prévenir la consommation (nocive) de substances addictives, à retarder le plus possible la première consommation et à limiter les risques et les dommages de la consommation de substances addictives.
- 2) L'organisation de soins et d'assistance intégrés, multidisciplinaires et axés sur le rétablissement. L'objectif de ce pilier est d'organiser l'assistance nécessaire aux personnes qui ont besoin de soins, de traitements ou d'accompagnement en raison d'un problème de dépendance (et comorbidités). L'attention est portée au rôle des expert-es du vécu, de la famille et de l'environnement immédiat dans les soins et le processus de rétablissement d'une personne ayant un problème de dépendance.
- 3) Lutter contre les risques et les dommages des marchés illégaux de drogues. L'accent est mis sur trois facteurs : décourager, punir (des personnes impliquées dans la criminalité liée à la drogue dans un seul but lucratif) et protéger (les acteur-rices qui courent des risques tels que des menaces ou de la corruption en raison de leur position professionnelle).
- 4) Lutter contre les risques et les dommages liés aux marchés légaux. Ce pilier se concentre sur la lutte contre l'offre illégale sur les marchés légaux, en particulier l'alcool, le tabac, les médicaments psychoactifs et les jeux de hasard. Il vise le bien-être et la santé de la population à travers une réglementation minutieuse.
- 5) Prévoir une stratégie de suivi qualitatif pour la mise en œuvre d'une politique antidrogue intégrale et intégrée. La politique doit être basée sur la collecte, l'analyse et la communication d'informations fiables. Cela concerne aussi bien les collectes de données continues et périodiques que les recherches scientifiques ponctuelles.
- 6) Renforcer davantage la coordination nationale et internationale en vue d'une politique drogue globale et intégrée. Compte tenu de la nature multidimensionnelle et internationale du phénomène de la drogue, la

.....  
19 Plus d'informations à l'adresse suivante : <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/node/8962>

20 La liste des membres du Panel CGPD 2024-2025 est disponible à l'adresse suivante : <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/node/8964>

21 Communiqué de presse de la Réunion Thématique Drogues de la Conférence Interministérielle Santé publique, 20/12/2023. URL : <https://news.belgium.be/fr/communiqu%C3%A9-de-presse-de-la-reunion-thematique-drogues-de-la-conference-interministerielle-sante-1>

22 Le document est disponible à l'adresse suivante : [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/strategie\\_interfederale\\_fr.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/strategie_interfederale_fr.pdf)

coordination est cruciale pour l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique globale et intégrée en matière de drogue.

La Stratégie porte sur la période 2024-2025, mais ne remplace pas les notes stratégiques et les plans d'action en vigueur, récemment élaborés par la CGPD dans le cadre de la lutte contre les problèmes d'alcool, de tabac et de jeu, ni les notes et les plans stratégiques en vigueur élaborés par les ministres compétent-es tant au niveau fédéral que dans les entités fédérées. Lorsque de nouveaux plans sur ce thème sont élaborés à ces différents niveaux, ils doivent être clairement fondés sur cette stratégie transversale et globale.

En 2025, la CGPD s'est engagée à mener à nouveau cet exercice stratégique, qui vise à passer en revue un cycle politique de quatre ans grâce à une analyse de situation préliminaire, un plan stratégique avec des plans d'action associés et une stratégie de suivi et d'évaluation définie.

3.2

## COMMERCIALISATION ET PROMOTION DES BOISSONS ALCOOLISÉES

### 3.2.1 CADRE LÉGAL GÉNÉRAL : LA LOI DU 24 JANVIER 1977<sup>25</sup>

La loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateur-rices constitue l'un des principaux cadres légaux de référence en matière de fabrication, de commercialisation et de promotion des boissons alcoolisées en Belgique. Elle s'inscrit dans une évolution historique amorcée dès la loi du 29 août 1919, dite loi Vandervelde, qui posait les premières bases d'une politique publique de lutte contre l'alcoolisme à travers une

approche particulièrement restrictive, centrée sur l'ordre public et la moralisation des usages. Adoptée dans un contexte de préoccupations croissantes liées à la santé publique, la loi de 1977 vise davantage à concilier la liberté du commerce et de l'industrie avec la nécessité de prévenir les risques sanitaires liés à la consommation d'alcool, notamment chez les populations vulnérables.

Depuis son adoption, cette loi a fait l'objet de modifications successives et a été complétée par d'autres lois, arrêtés royaux et instruments réglementaires qui en ont précisé, renforcé et élargi le champ d'application. Elle établit notamment des définitions légales des différentes catégories de boissons alcoolisées, distinguant la bière, issue de la fermentation d'un moût amylicé ou sucré ; le vin, obtenu par fermentation de raisins ou d'autres fruits sans ajout d'alcool et dont le titre alcoométrique volumique ne peut dépasser 15 % ; ainsi que les boissons spiritueuses, résultant de la distillation ou de la macération de substances aromatiques dans de l'alcool éthylique. Ces distinctions constituent un fondement essentiel des règles applicables en matière de vente, de contrôle et de fiscalité.

La législation fixe également des règles relatives à la protection des consommateur-rices, parmi lesquelles figure l'interdiction de vendre, de servir ou d'offrir des boissons alcoolisées à des personnes mineures, selon des modalités précisées et renforcées par des réformes ultérieures. Elle confère par ailleurs au Roi la compétence de réglementer, voire d'interdire, la publicité pour les boissons alcoolisées pour des motifs de santé publique, et prévoit la possibilité d'approuver des conventions conclues entre les secteurs professionnels concernés et des organisations de consommateur-rices afin de promouvoir une consommation responsable. Le non-respect de ces dispositions est assorti de sanctions pénales et administratives, incluant des amendes et, dans certains cas, des peines d'emprisonnement.

### 3.2.2 LÉGISLATION RELATIVE AUX MINEUR-ES

En 2009, la loi du 24 janvier 1977 a fait l'objet d'une révision majeure, opérée par la loi du 10 décembre, qui a substantiellement renforcé le cadre applicable à la vente et au service de boissons alcoolisées aux jeunes.

Cette réforme a notamment introduit l'interdiction de vendre, servir ou offrir des boissons ou produits ayant un taux d'alcool supérieur à 0,5 % aux personnes de moins de 16 ans. L'interdiction concerne également la vente d'alcool éthylique ou eaux-de-vie dénaturés ou non, liqueurs ou boissons spiritueuses de plus de 1,2 % aux moins de 18 ans, de même que les vermouths, les vins de raisins frais et autres boissons fermentées de plus de 22 %, et toute eau-de-vie contenant des produits en solution ou non. Les modifications ont précisé que le responsable de l'établissement (pour le compte duquel l'alcool est vendu ou offert) peut être tenu pour pénalement responsable en cas de non-respect de ces limites d'âge (risque d'amende ou de peine d'emprisonnement).

Dans le prolongement de cette réforme, la Politique scientifique fédérale (Belspo) a commandé une évaluation de la loi de 2009, menée conjointement par l'Université de Gand, la Haute École de Gand (HoGent) et l'Université de Liège. Les résultats de cette étude ont été publiés en 2017 dans le rapport ALCOLAW<sup>26</sup>. Celui-ci conclut que la loi du 10 décembre 2009 s'inscrit dans un contexte marqué par une diminution globale et statistiquement significative de la consommation d'alcool chez les adolescent-es belges entre 2002 et 2014. Si cette tendance coïncide avec l'entrée en vigueur de la loi, les auteur-rices soulignent toutefois qu'il n'est pas possible d'établir un lien de causalité direct et exclusif entre la réforme législative et la baisse observée. D'autres facteurs structurels, tels que la crise économique de 2008 ou l'augmentation progressive des prix de l'alcool, ont probablement contribué à cette évolution.

Sur le plan de la santé publique, le rapport indique qu'aucun effet significatif à court terme de la loi de 2009 n'a pu être démontré concernant les admissions hospitalières d'adolescent-es pour des troubles neuropsychiatriques ou des blessures aiguës liées à l'alcool. L'impact sanitaire direct de la réforme apparaît dès lors limité ou difficilement mesurable sur la période étudiée. Les chercheur-euses relèvent également un décalage entre la connaissance formelle de la loi et son

25 Loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs. Moniteur belge ; 1977. URL : [https://www.ejustice.jugov.be/cgi\\_loi/article.pl?language=fr&lq\\_txt=f&type=&sort=&numac\\_search=&cn\\_search=1977012431&caller=eli&&view\\_numac=1977012431nx1977012431fr](https://www.ejustice.jugov.be/cgi_loi/article.pl?language=fr&lq_txt=f&type=&sort=&numac_search=&cn_search=1977012431&caller=eli&&view_numac=1977012431nx1977012431fr)

26 Le résumé de la recherche ALCOLAW de Belspo est disponible sur notre site internet à l'adresse suivante : <https://eurotox.org/2019/01/25/alcolaw-de-belspo-resume-et-recommandations/>

application effective : tant les jeunes que les vendeur-euses disposent le plus souvent d'une connaissance « passive » des règles légales, tandis que les pratiques concrètes sont davantage influencées par des normes sociales, des valeurs personnelles et le contexte local que par la seule existence de l'interdiction.

À partir de ces constats empiriques, de l'analyse de la littérature internationale et de la consultation de professionnel-les de la prévention, de la promotion de la santé et de personnes ressources, les chercheur-euses d'ALCOLAW ont formulé une série de recommandations. Ils-elles soulignent que l'efficacité d'une législation fondée sur un âge minimum de vente et de consommation repose sur l'articulation de plusieurs leviers complémentaires. Le contrôle et la mise en application apparaissent déterminants : des restrictions légales dépourvues de dispositifs de contrôle effectifs, aux niveaux fédéral, régional et local, demeurent largement inefficaces. Le recours systématique aux achats-tests (*mystery shopping*), lorsqu'il est intégré dans une stratégie globale associant prévention, formation du personnel et retours d'expérience, est identifié comme l'un des moyens les plus efficaces pour réduire l'accessibilité de l'alcool aux mineur-es.

Les chercheur-euses insistent également sur le rôle central de la prévention et de l'éducation, en soulignant que la loi ne peut produire d'effets durables sans un changement plus large des représentations sociales. Les programmes interactifs axés sur le développement de compétences psychosociales, telles que la gestion du stress, l'affirmation de soi ou l'esprit critique, sont jugés plus efficaces que les approches purement moralisatrices ou informatives. L'implication des partenaires sociaux constitue un autre levier essentiel : le rapport identifie les parents comme des acteur-rices clés de la prévention, en mettant en évidence le rôle protecteur d'une supervision parentale adéquate et de règles familiales claires en matière de consommation d'alcool. Enfin, l'environnement global dans lequel évoluent les jeunes est considéré comme déterminant, en particulier le marketing et le sponsoring de l'industrie de l'alcool, qui tendent à neutraliser les messages de santé publique, ainsi que la politique de prix et de disponibilité, l'accessibilité financière de l'alcool influençant directement les comportements de consommation.

Enfin, ALCOLAW rappelle que la politique de prix et de disponibilité constitue un levier structurel majeur. L'accessibilité financière de l'alcool influence directement les comportements de consommation, en particulier chez les jeunes. Une augmentation des prix ou une limitation de la vente dans certains lieux à haut risque, tels que les stations-service ou les night-shops, est dès lors susceptible de renforcer de manière significative l'efficacité des lois relatives à l'âge minimum.

### 3.2.3 LA STRATÉGIE INTERFÉDÉRALE EN MATIÈRE D'USAGE NOCIF D'ALCOOL 2023-2028<sup>27</sup>

Dans le cadre de la Stratégie interfédérale en matière d'usage nocif d'alcool 2023-2028, un plan d'action 2023-2025<sup>28</sup> a été approuvé en 2023 par la Réunion Thématique Drogues de la CIM (cf. point 3.1.1), sous la présidence du Ministre Frank Vandenbroucke. Ce plan s'inscrit dans une démarche concertée entre les différents gouvernements fédéraux et régionaux belges et vise à réduire les dommages sanitaires et sociaux liés à l'alcool, en s'appuyant sur un ensemble structuré de missions transversales et d'objectifs opérationnels.

Le Plan d'action comprend 75 mesures réparties autour de plusieurs axes majeurs proposés pour contribuer à la réalisation des objectifs de la Stratégie 2023-2028. Il s'inspire notamment des recommandations de l'OMS et du Conseil Supérieur de la Santé (CSS) (cf. point 4.1), tout en tenant compte des spécificités nationales.

Le Plan d'action identifie plusieurs priorités thématiques :

- Réduire les modes de consommation problématiques, en ciblant la surconsommation (par exemple la

.....  
27 Cellule Générale de Politique Drogues. Stratégie interfédérale en matière d'usage nocif d'alcool 2023-2028. Version du 23/03/2022. URL : [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/20220323\\_strategie\\_interfederale\\_consommation\\_nocive\\_dalcool\\_note\\_de\\_base\\_fr\\_6.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/20220323_strategie_interfederale_consommation_nocive_dalcool_note_de_base_fr_6.pdf)

28 Cellule Générale de Politique Drogues. Stratégie interfédérale en matière d'usage nocif d'alcool 2023-2028 - Plan d'action 2023-2025. 29/03/2023. URL : [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/20230329\\_imcvg\\_tvd\\_cimsp\\_rtd\\_1\\_plan\\_alcool\\_-\\_annexe\\_2.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/20230329_imcvg_tvd_cimsp_rtd_1_plan_alcool_-_annexe_2.pdf)

consommation hebdomadaire excessive) et les formes à risque telles que le *binge drinking* ;

- Renforcer la santé et réduire la dépendance, notamment en réduisant la consommation nocive avant, pendant et après la grossesse ;
- Améliorer la sécurité et limiter les impacts sociaux, comme la conduite sous l'influence de l'alcool et d'autres formes de dommages ;
- Promouvoir l'équité en santé, en mettant l'accent sur les populations vulnérables et en intégrant une perspective de genre.

Pour atteindre ces objectifs, le Plan organise ses actions autour de domaines d'intervention concrets, qui incluent :

- Amélioration des données pour analyser les dépenses publiques, les coûts sociaux et les inégalités liées à l'alcool ;
- Réglementation du marketing et de la vente, avec des mesures comme l'interdiction de la publicité ciblant les mineur-es, l'instauration d'avis sanitaires pour les messages publicitaires, la fixation d'un âge minimum de vente à 18 ans pour toutes les boissons, l'interdiction de la vente dans les distributeurs automatiques et dans les stations-service la nuit ;
- Prévention et promotion de la santé à l'école et dans les milieux festifs, incluant des campagnes de sensibilisation et des initiatives comme l'accès à de l'eau gratuite dans l'Horeca ;
- Dépistage et soins, en renforçant l'intervention précoce ainsi que l'offre de soins adaptés pour toutes les tranches d'âge ;
- Sécurité routière, à travers l'intensification des contrôles et des discussions politiques sur l'abaissement de la limite légale d'alcoolémie ;
- Politiques de prix, en explorant la faisabilité d'un prix minimum de vente et de nouveaux scénarios de taxation (accises) ;
- Milieu de travail, en renforçant la prévention via les conventions collectives existantes et en examinant l'impact du télétravail sur la consommation ;
- Protection des victimes, en favorisant une prise en charge pluridisciplinaire des auteur-rices et victimes de dommages liés à l'alcool ;
- Information du-de la consommateur-rice, notamment via un soutien à l'étiquetage obligatoire des ingrédients et de la valeur énergétique (calories) sur les boissons alcoolisées.

Le Plan prévoit également la mise en place d'un système de suivi avec des indicateurs pertinents pour mesurer la réalisation des objectifs et permettre une évaluation rigoureuse des progrès.

Le Plan est jugé très faible et insuffisant au regard des recommandations des expert-es (cf. point 4). Les critiques évoquées par nombre de politiques, scientifiques et acteur-rices de la santé, de l'éducation et de la jeunesse portent plus spécifiquement sur la disponibilité, la publicité et la législation en matière d'âge minimum. Il est notamment regretté qu'aucun accord n'ait pu être trouvé sur une interdiction plus large du marketing et de la publicité ou sur un étiquetage clair lié à la composition, aux unités d'alcool ou aux dangers du produit. Le plan alcool qui a été validé au niveau fédéral fut une occasion ratée d'agir efficacement sur l'offre et sur la demande d'alcool. La promotion de l'alcool et les techniques marketing restent extrêmement libérales et insidieuses, pour tous les âges, et ce malgré les réglementations visant à protéger les mineur-es. Les «mesures» du Plan alcool apparaissent trop limitées pour infléchir durablement les représentations sociales positives liées à l'alcool et la culture de la surconsommation qui y est associée. Ce cadre culturel et les efforts des alcooliers pour contourner les lois et règlements visant à protéger les publics vulnérables favorisent le développement de représentations socialement favorables par rapport au produit, atténuent la perception de sa dangerosité, et diminuent la prise de conscience de consommations nocives ou à risque. La difficulté de mettre en œuvre des cadres légaux contraignants et d'impulser de réels changements politiques témoignent du niveau d'ancrage de ce produit dans nos habitudes sociales et culturelles et de la puissance des lobbies de l'alcool.

### 3.2.4 DURCISSEMENT DES CONDITIONS DE VENTE (LOI DU 21/03/2024)

La loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateur-rices en ce qui concerne les denrées alimentaires et les autres produits a été modifiée par la loi du 21 mars 2024, dans le cadre de la Stratégie interfédérale en matière d'usage nocif d'alcool 2023-2028. Cette réforme marque un durcissement significatif des conditions de vente des

boissons alcoolisées, reposant à la fois sur l'introduction de nouvelles restrictions spatiales et sur un encadrement renforcé de l'accès des personnes mineures à l'alcool.

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2024, la commercialisation de boissons alcoolisées est interdite dans plusieurs lieux spécifiques. La vente par appareils automatiques est désormais totalement prohibée. Dans les stations-service situées le long des voies rapides, la vente d'alcool est interdite entre 22 heures et 7 heures, à l'exception de la consommation sur place dans les restaurants routiers. Dans les hôpitaux, la vente de boissons alcoolisées est également interdite, sauf pour la bière et le vin non réfrigérés, la consommation sur place restant toutefois autorisée dans les cafeterias.

Les règles relatives à l'âge ont par ailleurs été précisées et renforcées. Le principe général demeure l'interdiction de vendre, de servir ou d'offrir des boissons alcoolisées aux personnes mineures. Une exception subsiste pour la bière et le vin, qui peuvent être vendus ou servis aux jeunes âgés de 16 ans et plus. Toutefois, cette exception ne s'applique plus lorsque ces boissons contiennent un ajout de boisson spiritueuse ou d'arôme de boisson spiritueuse, comme c'est le cas de certains mélanges ou bières aromatisées à forte teneur en alcool. Cette précision vise à prévenir le contournement des limites d'âge par la commercialisation de produits hybrides particulièrement attractifs pour les jeunes.

Parallèlement à ces restrictions substantielles, une réforme administrative visant à simplifier le régime des autorisations de vente est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> novembre 2025. À cette date, une autorisation unique dénommée «Commerçant Alcool et Tabac»<sup>29</sup> a remplacé les trois autorisations distinctes précédemment requises pour la commercialisation de ces produits. Depuis lors, toute entreprise souhaitant vendre de l'alcool et/ou du tabac doit être titulaire de cette autorisation unique, laquelle vise à réduire la charge administrative tout en maintenant un niveau élevé de contrôle et de traçabilité des activités concernées.

.....  
<sup>29</sup> Service public fédéral Finances. Autorisation «Commerçant alcool et tabac». URL : [https://finances.belgium.be/fr/douanes\\_accises/entreprises/accises/formulaires-de-demande/commercant-alcool-tabac](https://finances.belgium.be/fr/douanes_accises/entreprises/accises/formulaires-de-demande/commercant-alcool-tabac)

Dans une perspective de renforcement supplémentaire du cadre légal, le 18 décembre 2025, le parti des Engagés a déposé à la Chambre des représentants une proposition de loi visant à lutter plus efficacement contre les dommages et les risques liés à la consommation d'alcool. Estimant que la législation existante demeure insuffisante, les auteur-rices plaident pour l'adoption de mesures plus ambitieuses, articulées autour de cinq axes principaux : l'accessibilité, le prix, la publicité, l'information des consommateur-rices et la prise en charge médicale.

La proposition prévoit notamment une réduction drastique de l'accessibilité à l'alcool, par la suppression de l'exception autorisant la vente de bière et de vin aux jeunes de 16 à 18 ans et l'instauration d'une limite d'âge unique de 18 ans pour toutes les boissons alcoolisées. Elle envisage également une interdiction totale de la vente d'alcool dans certains lieux, tels que les hôpitaux, les night-shops et les points de vente situés le long des autoroutes, ainsi que l'interdiction de toute distribution gratuite de boissons alcoolisées à des fins promotionnelles.

Le texte propose en outre d'agir sur le prix comme levier de réduction de la consommation, en confiant au Roi la compétence de fixer un prix minimum par unité d'alcool vendue au détail, applicable à l'ensemble des produits, y compris dans le cadre de promotions commerciales. En matière de communication commerciale, il s'inspire du régime applicable au tabac et prévoit une interdiction générale de la publicité pour l'alcool, tous supports confondus, ainsi que du sponsoring par le secteur de l'alcool, notamment dans les domaines sportif et culturel.

Enfin, la proposition vise à renforcer la prise en charge médicale des consommations problématiques par la reconnaissance officielle du titre d'alcoolologue et le remboursement des consultations d'aide au sevrage alcoolique. Elle recommande également des mesures transversales telles que l'évaluation régulière des politiques publiques, la mise en place de campagnes nationales de sensibilisation et un renforcement des contrôles de l'alcool au volant.

## CONTRÔLER L'INTERDICTION DE VENTE D'ALCOOL AUX MINEUR-ES : LE RECOURS AU «MYSTERY SHOPPING»

Le Service Inspection Produits de Consommation du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement est chargé du contrôle du respect de l'interdiction de vente d'alcool aux mineur-es.

Depuis une modification législative entrée en vigueur en 2022, les membres de ce service peuvent, sous certaines conditions, effectuer leurs contrôles en se présentant comme de simples client-es. La législation prévoit également, pour le contrôle de la vente de produits interdits aux mineur-es, le recours à des client-es mystères mineur-es.

### La mise en œuvre du dispositif

Depuis 2023, cette compétence est utilisée de manière opérationnelle pour le contrôle de la vente d'alcool. Des jeunes âgé-es de 15, 16 et 17 ans, spécialement engagé-es pour l'occasion, se rendent dans des commerces ou des établissements Horeca afin de tenter d'acheter une boisson alcoolisée, sans avoir atteint l'âge légal.

Le contrôle s'effectue en présence d'un-e inspecteur-riche du Service Inspection, qui observe si la vente a lieu et constate, le cas échéant, une infraction. Après une phase test en 2023, durant laquelle une information était délivrée aux contrevenant-es, le dispositif s'est renforcé : des sanctions administratives (amendes) sont désormais appliquées lorsqu'une infraction est constatée.

### Résultats des contrôles

Les campagnes de *mystery shopping* menées entre 2023 et 2025 mettent en évidence des taux d'infraction élevés. La vente de bières et vins à des mineur-es présente des taux d'infraction particulièrement importants (93 % en 2023, 70 % en 2024 et 74 % en 2025), tout comme celle des spiritueux (88 % en 2023, 84 % en 2024 et 75 % en 2025), indiquant que la réglementation est largement contournée, quel que soit le type de boisson alcoolisée.

L'analyse par lieu de vente montre que l'ensemble des circuits de distribution est concerné, avec toutefois des niveaux d'infraction variables. Dans le secteur de l'Horeca, les taux restent particulièrement élevés malgré une baisse progressive, passant de 96,5 % en 2023 à 84,2 % en 2024, puis 79,0 % en 2025. Les supermarchés affichent également des taux importants, avec 89,5 % d'infractions en 2023, 79,1 % en 2024 et 74,0 % en 2025.

Les librairies constituent le seul type de commerce où une diminution plus marquée est observée, le taux d'infraction passant de 79,3 % en 2023 à 70,0 % en 2024, puis 42,0 % en 2025. À l'inverse, les magasins de jour et les magasins de nuit continuent de présenter des niveaux d'infraction élevés et fluctuants : respectivement 78,8 %, 81,6 % et 69,0 % pour les magasins de jour, et 73,9 %, 87,5 % et 70,0 % pour les magasins de nuit entre 2023 et 2025.

Dans l'ensemble, si une tendance à l'amélioration se dessine, les résultats soulignent la persistance d'un non-respect important de l'interdiction de vente d'alcool aux mineur-es. Ils illustrent à la fois l'utilité du dispositif de *mystery shopping* comme outil de contrôle et la nécessité de poursuivre les efforts de sensibilisation et de contrôle afin de garantir le respect de la législation.

Mathieu Capouet  
Chef de Cellule Expertise  
Service Inspection Produits de Consommation  
SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

### 3.2.5 RENFORCEMENT DU CADRE DE CONTRÔLE ET DE SANCTION DE LA VENTE D'ALCOOL (LOI DU 19/12/2025)

La loi du 19 décembre 2025 introduit une nouvelle étape dans le renforcement du cadre légal. Bien qu'adoptée en 2025, la plupart de ses dispositions sont entrées en vigueur le 17 janvier 2026. Cette réforme s'inscrit dans la continuité des modifications intervenues en 2024 et vise principalement à améliorer l'effectivité des règles existantes, en particulier en matière de protection des personnes mineures, de contrôle et de sanctions.

La loi consolide tout d'abord le contrôle du respect des limites d'âge. Elle précise explicitement que toute personne souhaitant acheter ou consommer des boissons alcoolisées peut être tenue de prouver qu'elle a atteint l'âge légal requis, soit 16 ans pour la bière et le vin et 18 ans pour les autres boissons alcoolisées. Cette clarification renforce l'interdiction de vente ou d'offre d'alcool aux personnes mineures et sécurise juridiquement l'action des vendeur-euses et des services de contrôle.

La réforme renforce ensuite de manière significative les pouvoirs de contrôle et de sanction. Les agent-es compétent-es peuvent désormais saisir les boissons alcoolisées obtenues en violation des règles relatives à l'âge et procéder à leur destruction immédiate sur place, sans qu'aucune indemnité ne soit due. Parallèlement, la procédure d'amende administrative est adaptée : le paiement volontaire d'une somme fixée par un-e fonctionnaire désigné-e permet d'éteindre l'action publique, tandis qu'en cas de refus, le dossier est transmis au procureur du Roi.

La loi introduit également un dispositif de suivi renforcé des infractions par la création d'une base de données centralisée. Celle-ci permet d'enregistrer les données essentielles relatives aux contrevenant-es et de les conserver pendant une durée maximale de dix ans, afin de faciliter le suivi des récidives et l'application de mesures administratives telles que les fermetures temporaires d'établissements.

Enfin, la base légale du recours aux contrôles par achats-tests est actualisée. Le *mystery shopping* réalisé avec l'aide de mineur-es

est explicitement étendu aux nouvelles infractions définies par la loi de 2025, renforçant ainsi la cohérence et l'efficacité globale du dispositif de contrôle de la vente d'alcool aux personnes mineures.

### 3.2.6 RÉGULATION DES PUBLICITÉS

La loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateur-rices ne prévoit pas d'interdiction générale et directe de la publicité pour les boissons alcoolisées, contrairement au régime applicable aux produits du tabac. Comme précisé précédemment, elle habilite toutefois le Roi, dans l'intérêt de la santé publique, à réglementer, limiter ou interdire certaines formes de publicité ou de promotion de l'alcool.

Dans ce cadre, la loi prévoit également la possibilité pour le Roi d'approuver des conventions conclues entre les acteur-rices du secteur, visant à encourager une consommation responsable de boissons alcoolisées. Ces mécanismes d'autorégulation, développés notamment depuis 2007, reposent sur des conventions réunissant des associations représentatives de producteur-rices, de consommateur-rices et du secteur Horeca, selon des critères de représentativité fixés par voie réglementaire, incluant notamment un seuil minimal de couverture de la production belge.

#### A) LES INSTITUTIONS BELGES DE RÉGULATION

La publicité pour l'alcool est une compétence fédérale. Deux institutions remplissent un rôle de contrôle des publicités :

**Le Jury d'Éthique Publicitaire (JEP)** est un organe d'autorégulation actif à l'échelle nationale. Il est financé par le Conseil de la publicité, dont la mission consiste à promouvoir une publicité responsable. Les décisions du JEP reposent, d'une part, sur des règles d'autodiscipline et, d'autre part, sur la Convention en matière de publicité et de commercialisation des boissons contenant de l'alcool du 25 janvier 2013.

**Le Conseil Supérieur de l'Audiovisuel (CSA)** de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) constitue la seconde instance de contrôle. Il est composé d'un Collège d'avis

et d'un Collège d'autorisation et de contrôle. Ce dernier est notamment chargé de veiller au respect des obligations incombant aux éditeur-rices et aux distributeur-rices de services, ainsi qu'aux opérateur-rices de réseaux, et de sanctionner les infractions à ces obligations. Outre le-la président-e et les vice-président-es, le Collège comprend six membres, dont trois sont désigné-es par le Parlement de la FWB et trois par le Gouvernement. Ces membres sont reconnu-es pour leurs compétences en matière de droit, d'audiovisuel ou de communication et ne peuvent exercer de fonctions susceptibles de créer un conflit d'intérêts personnel ou fonctionnel.

#### B) LE DÉCRET DU 4 FÉVRIER 2021 RELATIF AUX SERVICES DE MÉDIAS AUDIOVISUELS ET AUX SERVICES DE PARTAGE DE VIDÉOS (DÉCRET SMA)<sup>30</sup>

Le décret du 4 février 2021 relatif aux services de médias audiovisuels et aux services de partage de vidéos, dit décret SMA, constitue le cadre juridique de référence en FWB pour l'organisation, la régulation et le contrôle des services de radio, de télévision et des plateformes de partage de vidéos. Il remplace et modernise le décret coordonné du 26 mars 2009 sur les services de médias audiovisuels, en adaptant la régulation audiovisuelle à l'évolution des usages numériques et à l'essor des plateformes en ligne. Le décret de 2021 transpose en outre la directive européenne «Services de médias audiovisuels» révisée et renforce la protection des publics, en particulier celle des personnes mineures.

Ce décret ne crée pas une législation sectorielle spécifique à l'alcool, mais il encadre la communication commerciale audiovisuelle de manière générale, ce qui inclut les publicités pour les boissons alcoolisées. Il impose que toute communication commerciale diffusée par les éditeur-rices de services audiovisuels ou par les plateformes de partage de vidéos respecte les lois, décrets et règlements en vigueur, y compris ceux qui limitent ou encadrent la publicité pour l'alcool. À ce titre, les messages publicitaires ne peuvent porter atteinte à la dignité humaine, encourager

.....  
30 Décret relatif aux services de médias audiovisuels et aux services de partage de vidéos. Moniteur belge ; 2021. URL : <https://gallilex.fwb.be/sites/default/files/textes-normatifs/2025-01/20210204s49222.pdf>

des comportements dangereux pour la santé ni compromettre la protection des mineur-es.

En pratique, le décret interdit les communications commerciales qui ciblent spécifiquement les jeunes ou qui banalisent ou valorisent une consommation excessive d'alcool. Il proscrie également toute association entre l'alcool et la réussite sociale, la performance physique ou intellectuelle, ou encore la conduite de véhicules. Ces principes s'appliquent tant aux médias audiovisuels classiques qu'aux services numériques relevant de la compétence de la FWB.

Le décret SMA de 2021 introduit par ailleurs des obligations spécifiques à charge des plateformes de partage de vidéos, auxquelles il impose de mettre en place des mesures appropriées pour protéger les personnes mineures contre les contenus et communications commerciales susceptibles de nuire à leur développement physique, mental ou moral. Cela inclut notamment des dispositifs de signalisation, des mécanismes de contrôle de l'âge ou des conditions d'accès différenciées lorsque des publicités pour des produits sensibles, tels que l'alcool, sont diffusées.

Le CSA est chargé du contrôle du respect de ces dispositions pour les services relevant de la compétence de la FWB. Il peut intervenir lorsqu'une publicité pour l'alcool diffusée à la radio, à la télévision ou sur une plateforme de partage de vidéos viole les règles générales du décret, en particulier celles relatives à la protection des mineur-es ou au respect de la dignité humaine. Les sanctions prévues sont de nature administrative et ne peuvent être prononcées qu'après la diffusion du contenu.

Dans la continuité du décret de 2009, le texte de 2021 maintient également l'obligation pour les radios et télévisions diffusant des publicités pour des boissons alcoolisées de mettre gratuitement à disposition des espaces destinés à la diffusion de campagnes d'éducation à la santé. Le décret SMA de 2021 prolonge ainsi les principes fondamentaux posés dès 2009, tout en les élargissant et en les renforçant afin d'assurer une régulation cohérente de la publicité pour l'alcool dans un paysage médiatique désormais largement numérisé.

### C) LA CONVENTION EN MATIÈRE DE PUBLICITÉ ET DE COMMERCIALISATION DES BOISSONS CONTENANT DE L'ALCOOL DU 25 JANVIER 2013 ET SES ÉVOLUTIONS

La Convention a été conclue entre les représentant-es du secteur (producteur-rices, distributeur-rices, Horeca), des organisations de consommateur-rices et le JEP, puis signée par la ministre fédérale de la Santé publique. Elle encadre les communications commerciales relatives à l'alcool.

Elle interdit notamment toute publicité ciblant les jeunes ou associant l'alcool à la maturité, à la réussite sociale ou professionnelle, à la performance sportive ou sexuelle, à la conduite automobile, ou à une consommation excessive ou irresponsable.

Le contrôle est assuré par le JEP, composé de représentant-es du secteur et de la société civile. À la suite d'une plainte, il peut émettre un avis de réserve ou demander la modification ou le retrait d'une publicité. Ses décisions ne sont toutefois pas juridiquement contraignantes.

#### Addendum du 2 septembre 2019<sup>31</sup>

En 2019, plusieurs mesures ont renforcé le dispositif : consultation du SPF Santé publique lors du traitement des plaintes, obligation d'avis préalable du JEP pour certaines campagnes audiovisuelles nationales (radio, télévision, cinéma) et possibilité d'amendes en cas de récidive (jusqu'à 10 000 euros).

Le JEP applique également la version révisée du Code de la Chambre de commerce internationale, qui impose l'identification claire de toute communication commerciale, y compris sur les réseaux sociaux et via des techniques numériques (influenceur-euses, marketing digital, intelligence artificielle (IA)). Malgré ces avancées, le contrôle demeure principalement fondé sur l'autorégulation, sans obligation générale d'examen préalable des publicités ni sanctions réellement dissuasives. Certaines pratiques (marketing viral, *street marketing*,

*advergaming*) échappent encore largement au contrôle.

#### Convention du 9 octobre 2024<sup>32</sup>

Une nouvelle Convention, entrée en vigueur début 2025, remplace celle de 2013 tout en conservant certaines dispositions antérieures. Elle vise un renforcement global de l'autorégulation. Présentée comme une version «2.0» du dispositif d'autorégulation, elle s'inscrit dans la logique du Code de droit économique et entend adapter le cadre existant aux évolutions des pratiques publicitaires, en particulier numériques. Elle retient une définition large de la publicité, entendue comme toute communication ayant pour objet direct ou indirect la promotion de boissons contenant plus de 0,5 % d'alcool, quels que soient le support, la forme ou le canal de diffusion. Cette approche vise à couvrir l'ensemble de l'écosystème marketing, y compris les réseaux sociaux, le marketing d'influence et les stratégies numériques hybrides.

La protection des mineur-es demeure l'objectif central de la Convention et fait l'objet d'un renforcement explicite. La publicité pour l'alcool ne peut ni cibler directement les mineur-es, ni leur être destinée par son contenu, son contexte ou ses modalités de diffusion. Il est désormais interdit de mettre en scène des personnes âgées, ou paraissant âgées, de moins de 25 ans, afin d'éviter toute identification ou banalisation de la consommation auprès d'un public jeune. Le recours à des personnalités ou figures publiques principalement suivies par des mineur-es, notamment des influenceur-euses, est également prohibé. En outre, les influenceur-euses faisant l'objet d'un partenariat commercial avec une marque d'alcool doivent être âgés d'au moins 25 ans et mettre en œuvre des mesures effectives pour limiter l'exposition de leur audience mineure, notamment par l'utilisation de mécanismes de restriction d'âge.

Les restrictions relatives aux supports et aux modalités de diffusion ont également été précisées et étendues. La publicité est

interdite dans les médias dont l'audience comporte une proportion significative de mineur-es, ainsi que lors de la projection, en salle de cinéma, de films s'adressant à un public composé d'au moins 30 % de mineur-es. Elle est en outre prohibée sur les plateformes qui ne mettent pas en place des dispositifs efficaces de vérification de l'âge, et un périmètre d'exclusion de 150 mètres autour des établissements scolaires est instauré pour l'affichage publicitaire. Ces mesures complètent les interdictions légales existantes, notamment celles relatives à la diffusion de spots publicitaires à proximité d'émissions destinées à un jeune public.

Sur le fond, les interdictions traditionnelles sont maintenues. La publicité ne peut associer la consommation d'alcool à des effets positifs sur la santé physique ou psychique, à la réussite sociale ou professionnelle, à la performance sportive ou sexuelle, ni à la conduite automobile. Elle ne peut davantage banaliser la consommation excessive, cibler les personnes enceintes, dénigrer l'abstinence ou mettre en scène des professionnel-les ou établissements de santé. L'obligation d'insérer un message sanitaire est reconduite ; celui-ci se formule désormais par l'avertissement «L'abus d'alcool nuit à la santé», dont la Convention encadre strictement la visibilité et la lisibilité.

Enfin, la Convention conserve la nature d'un instrument d'autorégulation. Elle lie les parties signataires, sans instaurer de contrôle préalable généralisé des campagnes publicitaires. Les plaintes peuvent être introduites auprès du JEP, qui statue en première instance et en appel, sans préjudice des actions judiciaires pouvant être engagées sur la base du Code de droit économique. Si la loi du 24 janvier 1977 permet au gouvernement d'approuver et de publier de telles conventions sous certaines conditions, le dispositif demeure principalement fondé sur l'engagement volontaire des acteur-rices du secteur, ce qui alimente encore le débat quant à son effectivité et à son indépendance.

31 Convention en matière de publicité et de commercialisation des boissons contenant de l'alcool. JEP ; 2019. URL : [https://www.jep.be/sites/default/files/rule\\_recommandation/convention\\_alcool\\_-\\_fr\\_-\\_2019.pdf](https://www.jep.be/sites/default/files/rule_recommandation/convention_alcool_-_fr_-_2019.pdf)

32 Convention en matière de publicité et de commercialisation des boissons contenant de l'alcool. Conseil de la Publicité ; 9 octobre 2024. URL : <https://conseildelapublicite.be/convention-en-matiere-de-publicite-et-de-commercialisation-des-boissons-contenant-de-lalcool/>

## QUAND LE MARKETING DE L'ALCOOL DEVANCE LA

### RÉGULATION : LE CAS AB INBEV - NETFLIX<sup>33</sup>

En septembre 2025, le brasseur AB InBev et la plateforme de *streaming* Netflix ont annoncé un partenariat mondial pluriannuel inédit, visant le développement de campagnes de marketing cobrandées autour de séries populaires et d'événements sportifs diffusés en direct, tels que la Coupe du monde féminine de football prévue en 2027 sur la plateforme. L'accord prévoit notamment des activations promotionnelles, des intégrations de titres, ainsi que la création de packagings en édition limitée. Présentée comme une manière de «rassembler les gens autour de passions communes telles que le sport, la gastronomie, la musique et la comédie», cette collaboration illustre une nouvelle étape dans l'hybridation entre divertissement, culture populaire et promotion de l'alcool. Pour le Global CMO d'AB InBev, la *streaming* constitue en effet

33 «AB InBev et Netflix annoncent un partenariat de marques mondial». Communiqué de presse, site AB InBev, 2025. URL : [https://ab-inbev.be/fr\\_BE/news/ab-inbev-et-netflix-annoncent-un-partenariat-de-marques-mondiales](https://ab-inbev.be/fr_BE/news/ab-inbev-et-netflix-annoncent-un-partenariat-de-marques-mondiales)

une «expérience sociale et partagée», propice à la création de «moments de réjouissance» associés aux marques de bière.

Ce type de stratégie met en lumière les limites actuelles des cadres de régulation existants. Bien que ces instruments aient renforcé la protection des mineur-es et encadré plus strictement le contenu et les canaux publicitaires, ils reposent encore largement sur une conception traditionnelle de la publicité, identifiable et distincte des contenus éditoriaux.

Or, les campagnes de co-marketing intégrées, déployées à l'échelle mondiale sur des plateformes de *streaming*, brouillent les frontières entre communication commerciale, contenus de divertissement et expérience utilisateur. Elles rendent l'identification de la publicité plus complexe et échappent en partie aux mécanismes nationaux de contrôle et d'autorégulation. À ce titre, le partenariat AB InBev-Netflix illustre le décalage croissant entre la rapidité d'évolution des stratégies marketing de l'industrie de l'alcool et des dispositifs réglementaires qui peinent à en suivre le rythme, posant des enjeux majeurs en matière de santé publique et de protection des publics jeunes.

## D) RENFORCEMENT DU CADRE RÉGLEMENTAIRE EN 2026<sup>34</sup>

En mars 2026, sur proposition du ministre Frank Vandenbroucke, le Conseil des ministres a validé une série de mesures visant à renforcer la protection des mineur-es face à la publicité pour l'alcool. Ces mesures, qui s'inscrivent dans le prolongement des évolutions récentes du cadre d'autorégulation, reposent sur trois axes principaux.

Premièrement, la publicité pour les boissons alcoolisées est désormais interdite dans les médias dont l'audience est composée d'au moins 30 % de mineur-es. Cette interdiction s'applique à l'ensemble des supports, incluant la radio, la télévision (y compris les services de streaming), les médias numériques, la presse écrite et les réseaux sociaux. Elle concerne également les influenceur-es, qui ne peuvent plus promouvoir des boissons alcoolisées lorsque leur audience est majoritairement mineure.

Deuxièmement, la distribution gratuite d'alcool fait l'objet d'un encadrement

34 « Une meilleure protection des mineurs grâce à des nouvelles règles de publicité pour l'alcool ». Communiqué de presse du cabinet du Ministre Vandenbroucke, publié le 27/03/2026. URL : <https://vandenbroucke.belgium.be/fr/actualites/une-meilleure-protection-des-mineurs-grace-de-nouvelles-regles-de-publicite-pour-lalcool>

plus strict. Il est désormais interdit d'offrir de l'alcool gratuitement dans le cadre d'opérations commerciales telles que la vente couplée avec un magazine, un abonnement ou l'achat d'un produit non alcoolisé. Certaines exceptions sont toutefois maintenues, notamment pour les promotions de type «2 + 1 gratuit», les dégustations (par exemple lors de foires aux vins) et les boissons offertes dans le cadre d'événements spécifiques tels que des inaugurations, des festivals, des kermesses ou des marchés.

Troisièmement, un message sanitaire unique devient obligatoire dans toutes les publicités pour l'alcool : «L'alcool nuit à la santé». Cette mesure s'inscrit dans la continuité de l'accord de coalition fédérale 2025-2029, qui prévoyait le remplacement du message «L'abus d'alcool nuit à la santé» par un avertissement plus explicite. Cette obligation s'applique à l'ensemble des communications publicitaires, à l'exception des étiquettes des produits, de certains supports matériels (verres, enseignes lumineuses) et du sponsoring d'événements sportifs ou culturels.

Ces nouvelles dispositions entreront en vigueur un an après la publication de l'arrêté royal.

## 3.2.7 ÉTIQUETAGE

En Belgique, les règles relatives à l'étiquetage des boissons alcoolisées s'inscrivent dans le cadre du droit européen et en assurent la mise en œuvre au niveau national. Toute boisson titrant plus de 1,2 % d'alcool par volume est soumise à des obligations strictes en matière d'information des consommateur-rices. L'étiquette doit notamment mentionner la dénomination de vente, le titre alcoométrique volumique acquis, la présence éventuelle d'allergènes, le nom ou la raison sociale du ou de la responsable de la mise sur le marché, ainsi que le numéro de lot. Ces informations doivent être formulées de manière loyale, précise et non trompeuse, et figurer dans la ou les langues officielles de la région de commercialisation (français, néerlandais ou allemand). Certaines catégories de produits, comme les vins et les boissons titrant plus de 10 % d'alcool, sont par ailleurs exemptées de l'obligation d'indiquer une date de durabilité minimale ou une date limite de consommation.

Au niveau européen, l'étiquetage du vin fait actuellement l'objet d'évolutions importantes. Dans le cadre d'un nouveau «paquet vin»<sup>35</sup>,

35 Règlement (UE) n° 1308/2013 du Parlement européen et du Conseil du 17 décembre 2013 portant organisation commune des marchés des produits agricoles. Version consolidée actuelle : 08/11/2024. URL : <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A32013R1308>

La Commission européenne a proposé d'harmoniser la terminologie utilisée pour les vins désalcoolisés ou partiellement désalcoolisés, afin de répondre à l'essor de ce segment de marché. Trois nouvelles catégories ont ainsi été définies : les vins dits «sans alcool», dont le titre alcoométrique ne dépasse pas 0,5 % vol. ; les vins «0,0 %», limités à un maximum de 0,05 % vol. ; et les vins qualifiés de «à teneur réduite en alcool», dont le taux d'alcool reste supérieur à 0,5 % mais a été réduit d'au moins 30 % par rapport au degré minimal requis pour la catégorie d'origine. Sur les vins désalcoolisés ou partiellement désalcoolisés, l'étiquette doit obligatoirement porter une mention d'indication de la date de durabilité minimum (DDM) comme défini dans le règlement (EU) 2021/2117.

Cette dernière catégorie soulève toutefois de vives controverses. En effet, le droit européen fixe un taux minimal de 8,5 % d'alcool pour

qu'un produit puisse être qualifié de vin. En pratique, un vin partiellement désalcoolisé à 5,95 % pourrait donc être présenté comme «à teneur réduite en alcool». Il en irait de même pour certains vins effervescents ou vins fortifiés, dont les versions désalcoolisées pourraient encore afficher des taux de 6 à 10,5 % tout en bénéficiant de cette appellation. Cette approche risque de donner aux consommateurs l'impression erronée qu'il s'agit de boissons faiblement alcoolisées, alors que leur teneur reste comparable, voire supérieure, à celle de nombreuses bières, cidres ou cocktails dits «low alcohol», qui ne bénéficient pourtant d'aucune désignation équivalente.

La Belgique s'est explicitement opposée à cette nomenclature lors des discussions européennes<sup>36</sup>. Les autorités fédérales de

santé publique estiment qu'assimiler un vin à 6 % à un produit «à faible teneur en alcool» est problématique du point de vue de la santé publique. Selon elles, la réduction du taux d'alcool par rapport à un produit de référence ne signifie pas que la boisson devient intrinsèquement peu alcoolisée ni dénuée de risques. Comme l'a souligné Jean Pottier, expert en réglementation de l'étiquetage au SPF Santé publique, il convient de distinguer clairement une «teneur réduite» d'une «faible teneur» : un produit peut contenir moins d'alcool qu'un équivalent standard sans pour autant pouvoir être qualifié de peu alcoolisé. L'usage de termes ambigus est susceptible d'influencer la perception des risques et, indirectement, les comportements de consommation.

.....  
Communiqué de presse, site rtbf.be, 03/09/2025.  
URL : <https://www.rtb.be/article/vins-a-6-faible-teneur-en-alcool-la-belgique-s-oppose-la-terminologie-de-l-europe-11595718>

.....  
<sup>36</sup> «Vins à 6 %, «faible teneur en alcool» ? La Belgique s'oppose à la terminologie de l'Europe».

## ÉTIQUETAGE DE L'ALCOOL : UN CADRE EUROPÉEN LACUNAIRE ET SOUS INFLUENCE<sup>37,38</sup>

Contrairement aux autres denrées alimentaires, la majorité des boissons alcoolisées contenant plus de 1,2 % d'alcool par volume restent exemptées, au niveau européen, de l'obligation d'indiquer la valeur énergétique, la composition nutritionnelle complète et la liste des ingrédients, en vertu du règlement UE n° 1169/2011 relatif à l'information des consommateurs. Cette exception confère à l'alcool un régime dérogatoire, alors même qu'il s'agit d'un produit associé à des risques sanitaires avérés.

L'autorégulation mise en place par l'industrie de l'alcool s'est révélée largement insuffisante : la majorité des étiquettes, qu'elles soient physiques ou numériques, ne fournissent toujours pas d'informations claires et accessibles sur les impacts nutritionnels et sanitaires de l'alcool. Cette situation limite la capacité des consommateurs à faire des choix éclairés.

Dans le cadre du Plan européen de lutte contre le cancer (*Beating Cancer Plan*), la Commission européenne avait pourtant identifié, dès 2021, l'étiquetage universel et précis des boissons alcoolisées comme un levier essentiel de prévention, et annoncé une proposition

législative visant à rendre obligatoires les mentions nutritionnelles et la liste des ingrédients sur toutes les boissons alcoolisées. En 2025, cette proposition n'a toutefois toujours pas été présentée.

Ce retard s'inscrit dans un contexte plus large d'influence des industries dites «BAD» (*Block, Amend, Delay*), qui cherchent à bloquer, affaiblir ou retarder les politiques de santé publique. Au niveau européen, plusieurs organisations représentatives du secteur de l'alcool – notamment le Comité Européen des Entreprises du Vin (CEEV), *Spirits Europe* et *Brewers of Europe* – déploient des stratégies de lobbying actives afin de maintenir un régime d'exception pour l'alcool en matière d'étiquetage, notamment via des alliances comme la plateforme U-Label<sup>39</sup>.

Parallèlement, l'Union européenne continue de soutenir financièrement la production et la promotion de certaines boissons alcoolisées, en particulier le vin, ce qui renforce les tensions entre objectifs économiques, agricoles et de santé publique. L'absence de consultation systématique du secteur de la santé publique dans certaines instances décisionnelles européennes illustre ces déséquilibres.

Dans ce contexte, l'étiquetage de l'alcool apparaît comme un enjeu central mais encore insuffisamment régulé. À l'instar des avancées obtenues en matière de contrôle du tabac, une harmonisation des règles d'étiquetage, fondée sur des données probantes et indépendante des intérêts commerciaux, constitue un levier essentiel pour améliorer la protection des consommateurs et soutenir des politiques de prévention efficaces.

.....  
<sup>37</sup> Les éléments présentés dans cet encadré sont issus d'une traduction et d'une synthèse de l'article «Alcohol labeling: Why our citizens are denied the right to know?», rédigé par Florence Berteletti, Secrétaire générale de *The European Alcohol Policy Alliance (Eurocare)*, publié dans le rapport du symposium de Santé publique France du 3 décembre 2024 intitulé *Reducing the burden of alcohol: Focus on two scientific and public policy challenge*.

<sup>38</sup> Voir aussi l'encadré p.29-30 concernant l'influence des alcooliers sur la recherche scientifique, les politiques de santé publique et la formulation des recommandations.

.....  
<sup>39</sup> Cette plateforme propose des abonnements annuels aux entreprises afin de créer des étiquettes électroniques pour les vins et spiritueux. URL : <https://new.u-label.com/fr/>

## CONSOMMATION D'ALCOOL ET IVRESSE SUR LA VOIE PUBLIQUE

L'arrêté-loi du 14 novembre 1939<sup>40</sup> relatif à la répression de l'ivresse constitue le texte fondateur du cadre légal belge en matière d'ivresse publique. Adopté dans un objectif de maintien de l'ordre public et la sécurité, il vise à sanctionner les situations dans lesquelles l'état d'ivresse d'une personne constitue un danger pour elle-même ou pour autrui, ou porte atteinte à la tranquillité publique. Le texte érige en infraction le fait d'être trouvé en état d'ivresse dans un lieu public et instaure un régime de sanctions graduées, reposant principalement sur des amendes, auxquelles peuvent s'ajouter, en cas de récidive dans un délai rapproché, des peines d'emprisonnement de courte durée. L'arrêté-loi prévoit également des circonstances aggravantes, notamment lorsque l'ivresse survient dans l'exercice d'une activité susceptible de mettre en danger la sécurité d'autrui ou lorsqu'une personne est volontairement amenée à l'ivresse par un tiers. L'objectif poursuivi n'est pas de sanctionner la consommation d'alcool en tant que telle, mais bien de prévenir et de réprimer les conséquences sociales et sécuritaires de l'ivresse lorsqu'elles se manifestent dans l'espace public.

Ce régime a été substantiellement adapté par la loi du 26 avril 2023<sup>41</sup>, publiée au Moniteur belge le 6 juin 2023, qui modifie l'arrêté-loi de 1939 afin de l'aligner sur le cadre contemporain du droit de la police administrative. Cette réforme introduit explicitement la possibilité de recourir à une arrestation administrative en cas d'ivresse manifeste. Désormais, lorsqu'une personne en état d'ivresse occasionne du désordre, du scandale ou un danger pour elle-même ou pour autrui, elle peut être privée de liberté à

titre administratif pour une durée maximale de douze heures, sous l'autorité d'un officier de police administrative, conformément à la loi du 5 août 1992 sur la fonction de police. Cette mesure poursuit avant tout un objectif de protection et de rétablissement de l'ordre public, sans nécessiter l'ouverture immédiate d'une procédure pénale. La réforme de 2023 ne supprime pas les sanctions pénales prévues par l'arrêté-loi de 1939, mais elle offre aux autorités locales un outil plus rapide et proportionné pour gérer les situations d'ivresse publique, en privilégiant une approche administrative et préventive des troubles plutôt qu'une réponse exclusivement répressive.

Il convient par ailleurs de distinguer la consommation d'alcool dans les lieux publics et sur la voie publique au sens strict.

### A) LES LIEUX PUBLICS

S'agissant des lieux publics fermés (tels que les musées, bibliothèques, piscines ou locaux bancaires), ainsi que des lieux ouverts mais pourvus d'une enceinte (plaines de jeux, parcs d'aventure ou espaces similaires), la consommation d'alcool est le plus souvent encadrée par des règlements d'ordre intérieur. À défaut de dispositions spécifiques, elle est réputée autorisée, sous réserve du respect des règles relatives à l'ordre public et à l'ivresse prévues par la législation générale.

Les transports en commun sont considérés comme des lieux publics au sens de l'arrêté-loi de 1939, ce qui implique qu'une personne en état d'ivresse manifeste dans un train, un tram ou une gare peut être sanctionnée si elle trouble l'ordre public, met en danger sa sécurité ou celle d'autrui, ou perturbe la tranquillité des autres usagers. En revanche, la consommation d'alcool en elle-même n'est pas interdite de manière générale au niveau national : elle dépend principalement des règlements d'usage propres à chaque opérateur.

Dans ce cadre, certains opérateurs ont adopté des règles plus strictes. Ainsi, pour le TEC<sup>42</sup>, le règlement applicable interdit purement et simplement la consommation d'alcool à bord des véhicules. En ce qui concerne la SNCB, ni les textes

européens ni la loi belge sur les droits des voyageur-euses<sup>43</sup> ne mentionnent l'alcool, mais la loi sur la police des chemins de fer<sup>44</sup> interdit les comportements perturbateurs dans les gares et les trains, ce qui permet de sanctionner les voyageur-euses en état d'ébriété avancée. Il résulte de l'ensemble de ces dispositions qu'une personne en état d'ébriété perturbant la sécurité ou la tranquillité dans un transport en commun peut cumuler les conséquences juridiques prévues par l'arrêté-loi de 1939 et celles découlant des règlements propres à l'opérateur concerné, pouvant aller de l'amende à l'exclusion du transport. En revanche, la simple possession ou consommation d'alcool sans trouble n'est pas prohibée de façon générale.

### B) LA VOIE PUBLIQUE

La consommation d'alcool sur la voie publique fait, quant à elle, l'objet d'une réglementation communale. La loi du 24 juin 2013 relative aux sanctions administratives communales (SAC)<sup>45</sup> confère aux communes le pouvoir d'adopter des arrêtés de police interdisant la consommation d'alcool sur la voie publique – en dehors des terrasses autorisées – et de prévoir des sanctions administratives, notamment des amendes pour les infractions liées à l'ordre public. Les communes s'appuient sur ce cadre légal, en combinaison avec l'arrêté-loi de 1939 tel que modifié en 2023, ainsi que sur des rapports de police, des données statistiques ou encore des arrêtés ministériels, pour adopter des mesures ciblées, limitées dans le temps et dans l'espace.

En vertu de leurs pouvoirs de police administrative générale, les autorités communales peuvent ainsi interdire la consommation d'alcool sur les voies publiques qu'elles administrent, à

40 Arrêté-loi du 14 novembre 1939 relatif à la répression de l'ivresse. Moniteur belge ; 1939. URL : [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1939111430&table\\_name=loi](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1939111430&table_name=loi)

41 Loi du 26 avril 2023 modifiant l'arrêté-loi du novembre 1939 relatif à la répression de l'ivresse. Moniteur belge ; 2023. URL : [https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2023/06/06\\_1.pdf#Page7](https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2023/06/06_1.pdf#Page7)

42 TEC. Conditions générales d'utilisation. URL : [https://www.letec.be/View/TEC\\_a\\_la\\_demande\\_-\\_Conditions\\_Generales\\_dUtilisation/3768](https://www.letec.be/View/TEC_a_la_demande_-_Conditions_Generales_dUtilisation/3768)

43 Service public fédéral Mobilité et Transports. Droits des passagers ferroviaires (mise à jour : 11/12/2024). URL : <https://mobilit.belgium.be/fr/rail/passagers/droits-des-passagers/introduction>

44 Loi du 27 avril 2018 sur la police des chemins de fer. URL : <https://www.droitdelajeunesse.be/online/media/documents/divers/SNCB%20Loi%20sur%20les%20chemins%20de%20fer/LEG%201%20LOI%2027%20AVRIL%202018%20sur%20la%20police%20des%20chemins%20de%20fer.pdf>

45 Loi du 24 juin 2013 relative aux sanctions administratives communales. Moniteur belge ; 2013. URL : [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2013062404&table\\_name=loi](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2013062404&table_name=loi)

l'exception des terrasses dûment autorisées. De nombreuses villes ont fait le choix d'interdire la consommation d'alcool dans l'espace public afin de prévenir les troubles à l'ordre public qui y sont fréquemment associés, comme les nuisances sonores liées à l'ivresse, la présence de déchets (canettes, bouteilles), les attroupements dans des quartiers résidentiels ou encore les comportements inciviques.

À titre d'exemple, le Règlement général de police (RGP) de la Ville de Namur<sup>46</sup> prévoit qu'«en dehors des terrasses autorisées, il est interdit, sur l'ensemble du territoire communal, de consommer des boissons alcoolisées sur la voie publique, sauf sur les lieux de marchés publics, de braderies, de foires ou de toute autre manifestation commerciale ou festive dûment autorisée par l'autorité communale». Il y est également précisé qu'«il est interdit de vendre ou de distribuer des boissons alcoolisées sur la voie publique, sauf aux endroits autorisés par l'autorité communale».

3.4

## SÉCURITÉ ROUTIÈRE

En Belgique, la conduite sous l'influence de l'alcool est encadrée par un ensemble de dispositions légales et réglementaires. Le socle juridique repose sur la loi du 16 mars 1968 relative à la police de la circulation routière<sup>47</sup>, complétée par plusieurs arrêtés royaux d'exécution, dont l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> décembre 1975 portant règlement général sur la police de la circulation routière et de l'usage de la voie publique, communément appelé Code de la route. Ce dernier devrait être remplacé par le Code de la voie publique à partir de septembre 2026. Ces textes, régulièrement modifiés, définissent les interdictions applicables, les seuils légaux d'alcoolémie, les modalités de

contrôle ainsi que les sanctions encourues. Des adaptations récentes ont notamment été introduites afin d'anticiper l'entrée en vigueur du nouveau Code pénal, prévue en 2026.

La loi de 1968 établit l'interdiction fondamentale de conduire lorsqu'un-e usager-ère se trouve dans un état d'imprégnation alcoolique susceptible d'altérer ses capacités de conduite. Elle prohibe également le fait d'inciter, de provoquer ou d'autoriser une personne manifestement sous l'influence de l'alcool à conduire un véhicule. L'objectif est clairement préventif et répressif : éviter les comportements à risque et sanctionner les atteintes à la sécurité routière.

### 3.4.1 CONTRÔLE DE L'ALCOOLÉMIE

Lors d'un contrôle routier, l'alcoolémie peut être mesurée soit par une analyse sanguine (exprimée en grammes par litre de sang – g/l), soit par un test de l'air expiré (exprimé en milligrammes par litre d'air alvéolaire expiré – mg/l AAE). Si l'analyse sanguine constitue la méthode la plus précise, le test de l'air expiré est celui qui est le plus couramment utilisé sur le terrain. En pratique, ce sont les valeurs exprimées en mg/l AAE qui servent de référence pour la constatation des infractions et l'application des sanctions lors des contrôles routiers.

Au fil des réformes, le législateur a progressivement précisé et renforcé le cadre applicable à la conduite sous l'influence de l'alcool. Les textes actuellement en vigueur fixent une limite générale d'alcoolémie de 0,5 g/l de sang, correspondant à 0,22 mg/l AAE, applicable à la majorité des conducteur-rices<sup>48</sup>. Une limite plus stricte de 0,2 g/l de sang (soit 0,09 mg/l AAE) est prévue pour certaines catégories

de conducteur-rices, notamment les conducteur-rices professionnelles (chauffeurs de poids lourds, de bus ou de taxis). Ce régime est complété par des règles plus sévères à l'égard de certains conducteur-rices, en particulier en cas de récidive, ainsi que par une approche de tolérance renforcée à l'égard des conducteur-rices débutant-es. Le dépassement de ces seuils constitue une infraction en soi, indépendamment de la survenance d'un accident, traduisant la volonté du législateur de prévenir les risques accrus liés à la conduite sous influence et de protéger l'ensemble des usager-ères de la route.

Les contrôles d'alcoolémie peuvent être réalisés de manière préventive et aléatoire, à la suite de la constatation d'une infraction, en présence d'un comportement de conduite suspect ou à la suite d'un accident de la circulation. Le refus de se soumettre aux tests légalement requis est assimilé à une infraction grave et est sanctionné de manière comparable, voire plus sévère, qu'un dépassement des seuils légaux d'alcoolémie.

Les modalités techniques de ces contrôles ont fait l'objet de récents renforcements. L'arrêté royal du 19 avril 2024<sup>49</sup>, modifiant l'arrêté royal du 21 avril 2007, a supprimé la possibilité pour un conducteur-riche de solliciter un délai d'attente de quinze minutes avant la réalisation du test d'haleine. Il a également abaissé le volume minimal d'air expiré requis pour la validité du test à 1,2 litre (contre 1,9 litre auparavant), ce qui a été rendu possible grâce aux avancées techniques sur les appareils de mesure d'haleine. Ces modifications visent à accroître l'efficacité, la fiabilité et la praticabilité des contrôles d'alcoolémie sur le terrain.

Le dispositif légal prévoit enfin un système gradué de sanctions, déterminé en fonction du taux d'alcool constaté, de la nature de l'infraction, de l'existence de circonstances

46 Ville de Namur. Règlement général de police (RGP). Namur ; 2011 (mod. 2026). URL : <https://www.namur.be/fr/ma-ville/administration/services-communiaux/service-juridique-general/reglements-reglement-general-de-police-rgp>

47 Loi du 16 mars 1968 relative à la police de la circulation routière. Moniteur belge ; 1968. URL : <https://www.codedelaroute.be/fr/reglementation/1968031601~invynqx4tj>

48 Le terme «conducteur-riche» englobe toute personne qui dirige un véhicule ou une moture sur la voie publique, qu'il soit motorisé ou non. Sont dès lors notamment concernés les automobilistes, motocyclistes, cyclistes, conducteur-rices d'engins de déplacement personnel motorisés (EDPM), de cyclomoteurs, de voiturettes sans permis, ainsi que les cavalier-ères et meneur-euses d'attelages. Ces usager-ères sont soumis-es aux mêmes seuils légaux d'alcoolémie, en revanche, les conséquences juridiques, notamment en matière de déchéance du droit de conduire, peuvent varier selon la nature du véhicule utilisé et relèvent de l'appréciation du ou de la juge.

49 Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 21 avril 2007 relatif aux appareils de test et aux appareils d'analyse de l'haleine. Moniteur belge ; 2024. URL : [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?language=fr&sum\\_date=2024-05-22&pd\\_search=2024-04-19&numac\\_search=2024003436&page=1&lg\\_txt=F&caller=list&2024003436=0&view\\_numac=&pdd=2024-04-19&text1=haleine&choix1=et&choix2=et&fr=&nl=n&du=d&trier=promulgation](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?language=fr&sum_date=2024-05-22&pd_search=2024-04-19&numac_search=2024003436&page=1&lg_txt=F&caller=list&2024003436=0&view_numac=&pdd=2024-04-19&text1=haleine&choix1=et&choix2=et&fr=&nl=n&du=d&trier=promulgation)

aggravantes et de la récidive. Les sanctions peuvent comprendre des amendes administratives ou pénales, une interdiction temporaire ou une déchéance du droit de conduire, et, dans les cas les plus graves, une peine d'emprisonnement. Le juge dispose d'une marge d'appréciation lui permettant d'adapter la sanction à la situation concrète, dans le respect des critères fixés par la loi et de la jurisprudence.

### 3.4.2 LES STRATÉGIES (INTER) FÉDÉRALES DE SÉCURITÉ ROUTIÈRE

À l'occasion des États généraux de la sécurité routière de 2021, deux plans stratégiques ont été présentés et formellement approuvés par l'ensemble des partenaires institutionnels concernés, à savoir les ministres fédéraux de la Mobilité, de l'Intérieur et de la Justice, ainsi que les ministres régionaux compétents en matière de mobilité. Ces cadres, le Plan fédéral de sécurité routière 2021-2025<sup>50</sup> et le plan interfédéral «All for Zero»<sup>51</sup>, constituent la feuille de route commune de la Belgique en matière de sécurité routière et définissent un ensemble cohérent d'actions visant à réduire durablement les accidents de la circulation.

La lutte contre la conduite sous l'influence de l'alcool y est identifiée comme une priorité majeure. Les deux plans s'inscrivent dans une vision de long terme visant à réduire de moitié le nombre de personnes tuées et grièvement blessées sur les routes d'ici 2030, avec pour objectif ultime d'atteindre zéro décès à l'horizon 2050 (Tableau 1). Dans cette perspective, le Plan fédéral de sécurité routière 2021-2025 met l'accent sur un renforcement de la prévention, des contrôles et des sanctions, en cohérence avec les évolutions du cadre légal et réglementaire.

Les instruments juridiques et techniques mobilisés pour atteindre ces objectifs relèvent en grande partie du niveau

50 Plan fédéral de sécurité routière 2021-2025. Gouvernement fédéral ; 2021. URL : <https://all-for-zero.be/storage/minisites/plan-federal-securite-routiere-version-complete.pdf>

51 Plan interfédéral de sécurité routière «All for Zero». Gouvernement fédéral et entités fédérées, 2021. URL : <https://mobilit.belgium.be/sites/default/files/documents/publications/2023/Plan%20interf%C3%A9d%C3%A9ral%20s%C3%A9curit%C3%A9%20routi%C3%A8re%20%C2%AB%20All%20for%20zero%20%C2%BB.pdf>

**Tableau 1. Objectifs pour 2030 et 2050 du Plan fédéral de sécurité routière 2021-2025**

|   | Valeurs de référence (2019) | Objectifs 2030 | Objectifs 2050 |
|---|-----------------------------|----------------|----------------|
| Nombre de personnes tuées dans la circulation   | 644                         | < 320          | 0              |
| Nombre de personnes gravement blessées dans la circulation  | 3 496 <sup>a</sup>          | < 1 750        | < 350          |
| Pourcentage de conducteur-rices dépassant la limite de vitesse                                      |                             |                |                |
| 30 km/h   | 78 %                        | 39 %           | 8 %            |
| 50 km/h   | 51 %                        | 26 %           | 5 %            |
| 70 km/h   | 42 %                        | 21 %           | 4 %            |
| 90 km/h   | 54 %                        | 27 %           | 5 %            |
| 120 km/h  | 44 %                        | 22 %           | 4 %            |
| Pourcentage de conducteur-rices sous influence (concentration d'alcool dans le sang $\geq$ 0.5 g/l) | 1,6 %                       | 0,8 %          | 0,2 %          |
| Pourcentage d'occupant-es de voiture sans ceinture de sécurité                                      |                             |                |                |
| Conducteur-rices  | 4,8 %                       | 2,4 %          | 0,5 %          |
| Passager-ères avant   | 5,8 %                       | 2,9 %          | 0,6 %          |

a En raison d'une amélioration de la méthode d'analyse des données hospitalières, ce chiffre diverge de celui publié précédemment dans le Plan fédéral de la sécurité routière 2021-2025.  
Source : Plan Fédéral de Sécurité Routière 2021-2025

fédéral et s'appliquent uniformément sur l'ensemble du territoire. Ils comprennent notamment la systématisation des tests d'alcoolémie en cas d'accident, l'amélioration de l'efficacité des contrôles par la simplification des procédures de dépistage, ainsi que la promotion de l'éthylotest antidémarrage (alcolock), tant à titre préventif que comme sanction à l'égard des conducteur-rices condamné-es pour conduite sous influence.

Au-delà de ce socle commun, les stratégies régionales présentent toutefois des orientations différenciées, reflétant des contextes accidentologiques distincts. En Wallonie, où les occupant-es de véhicules motorisés représentent une part particulièrement élevée des victimes mortelles de la route, la lutte contre l'alcool au volant est identifiée comme un enjeu central de sécurité routière. La stratégie régionale accorde dès lors une place prioritaire aux actions de prévention et de sensibilisation spécifiquement ciblées sur la conduite sous influence, inscrites parmi les mesures structurantes du plan wallon. Cette approche s'inscrit dans une vision plus large de «partage de la route», visant à réduire les comportements à risque par la responsabilisation et la cohabitation apaisée entre usager-ères.

À Bruxelles, le profil des victimes diffère sensiblement, les piéton-nes et les cyclistes constituant une proportion nettement plus importante des personnes décédées sur la voie publique. La stratégie bruxelloise intègre dès lors la problématique de l'alcool au volant dans une approche plus globale de sécurisation de l'espace urbain et de protection des usager-ères vulnérables. Elle met également l'accent sur la lutte contre d'autres substances altérant les capacités de conduite, telles que le protoxyde d'azote (gaz hilarant), ainsi que sur des formes spécifiques de criminalité routière urbaine, notamment les rodéos motorisés.

## 4.1

### LES RECOMMANDATIONS DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ (CSS)

Le Conseil supérieur de la santé (CSS) a publié en 2018<sup>52</sup>, en 2024<sup>53</sup> et en 2025<sup>54</sup> des rapports dans lesquels il actualise ses recommandations relatives à l'alcool.

Le rapport de 2018 s'est attaché à décrire les risques liés à la consommation d'alcool sur divers aspects de la santé, à examiner les recommandations en vigueur en Belgique et en Europe, et à les actualiser sur cette base. En 2024, le CSS a émis de nouvelles recommandations visant à approfondir et élargir les axes abordés en 2018. Celles-ci se concentrent sur trois aspects principaux : le marketing de l'alcool, l'âge de la première consommation et l'instauration d'un prix minimum.

#### Recommandations concernant les messages marketing :

- Interdiction complète de la publicité et du sponsoring liés à l'alcool, et en attendant : restrictions strictes (pas d'autorégulation, limitation du volume publicitaire et réglementation du contenu) ;
- Adaptation de l'étiquetage des boissons alcoolisées par l'ajout des informations suivantes : indications nutritionnelles (valeur nutritionnelle et énergétique), nombre d'unités d'alcool par contenant, risques spécifiques à court et long terme, mention «l'abus d'alcool est dangereux pour la santé» à la place de l'actuel slogan «notre savoir-faire se déguste avec sagesse» ;
- Référence à un site web attrayant disponible dans les trois langues nationales, qui redirige immédiatement vers un site web existant et bien entretenu, contenant des informations relatives à la base scientifique des avertissements sanitaires, des informations sur les recommandations de prévention actuelles des 10 verres standards, des conseils de réduction des risques et une orientation vers l'aide disponible ;
- Campagne de santé publique informant largement les individus des risques liés à la consommation d'alcool et des recommandations en matière de consommation à moindre risque, afin que ces messages ne soient qu'un rappel de ce qui a été dit ailleurs.

#### Recommandations visant à retarder l'âge de la première consommation :

- Interdire la vente, le service et l'offre d'alcool aux moins de 18 ans et adapter la législations en conséquence ;
- Réduire la disponibilité et l'offre de boissons alcoolisées (par ex. interdiction de vente d'alcool dans les stations-service, via des distributeurs automatiques et dans les magasins de nuit) ;
- Adapter l'environnement physique et social : restrictions supplémentaires sur l'accès aux boissons alcoolisées, en particulier dans les environnements à risque élevé, notamment les clubs sportifs ;
- Investir intensivement dans la sensibilisation et l'éducation aux risques liés à la consommation d'alcool, et la prévention ;
- Mettre en place des programmes d'intervention précoce et renforcer la prise en charge des personnes présentant un usage problématique ;
- Impliquer activement les jeunes dans l'élaboration et la mise en œuvre de ces mesures ;
- Adopter une approche intégrée : prendre des mesures dans différents domaines de manière coordonnée (augmentation des prix, restriction de la disponibilité et interdiction ou restriction du marketing de l'alcool) ;
- Pour renforcer ces mesures, le CSS recommande également de :
  - Prévoir la mise à disposition gratuite d'eau du robinet dans l'HORECA (notamment lorsqu'une boisson alcoolisée est commandée) ;
  - Optimiser les systèmes d'enregistrement afin de surveiller les effets des mesures préventives ;
  - Encourager une approche intégrée de la prévention de l'alcool, dans laquelle gouvernement, établissements de santé, écoles et clubs sportifs travaillent ensemble.

52 Conseil Supérieur de la Santé. Risques liés à la consommation d'alcool. Bruxelles: CSS ; 2018. Avis n° 9438. URL : <https://www.hgr-css.be/fr/avis/9438/lalcool>

53 Conseil Supérieur de la Santé. Mesures de réduction des méfaits liés à la consommation d'alcool : avertissements sanitaires dans le marketing, recul de l'âge de la première consommation d'alcool et prix minimum de l'alcool. Bruxelles: CSS ; 2024. Avis n° 9781. URL : <https://www.hgr-css.be/fr/avis/9781/mesures-de-reduction-des-mefaits-lies-a-lalcool>

54 Conseil Supérieur de la Santé. Mesures de réduction des dommages et des risques liés à la consommation d'alcool. Bruxelles: CSS ; 2025. Avis n° 9782. URL : <https://www.hgr-css.be/fr/avis/9782/mesures-de-reduction-des-dommages-et-des-risques-lies-a-la-consommation-dalcool>

**Recommandations relatives au prix minimum de l'alcool : mise en œuvre d'une politique de prix diversifiée, comprenant parmi les mesures possibles :**

- Fixer un prix minimum par unité d'alcool vendue au détail et l'indexer annuellement ;
- Interdire l'offre de boissons alcoolisées gratuites ou à prix considérablement réduits ;
- Appliquer le prix minimum non seulement aux ventes régulières mais aussi aux offres spéciales (*happy hours*, ventes en volume, etc.) et aux distributions gratuites (fût gratuit, etc.) ;
- Mener activement des campagnes d'information pour informer et guider les entreprises, en particulier les détaillants indépendants, sur la mise en œuvre des réglementations relatives au prix minimum (faciliter la réglementation et promouvoir le respect des règles) ;
- Augmenter les taxes et les droits d'accise.

**Il recommande également aux autorités compétentes de prendre les mesures suivantes afin de limiter les risques liés à la consommation d'alcool pour la santé de la population générale et des populations à risques :**

- Adapter la législation sur la vente, l'offre et la distribution, notamment auprès des jeunes de 16 à 18 ans, sur base des recommandations du CSS ;
- Renforcer structurellement l'éducation, la prévention et la réduction des risques ;
- Ne plus lier les espaces de campagnes de prévention aux espaces de publicité pour l'alcool (comme c'est le cas en Fédération Wallonie-Bruxelles) et fournir des espaces de prévention garantis et indépendants ;
- Faciliter l'accès à l'information (groupes d'entraide, sites internet) ;
- Soutenir les personnes qui diminuent leur consommation ou tentent d'y mettre un terme ;
- Favoriser auprès de la population un auto-monitoring régulier des habitudes de boisson, avec l'aide en particulier du/de la médecin généraliste ;
- Financer la recherche scientifique sur les conséquences de la consommation d'alcool, et l'évaluation des effets des interventions et des mesures politiques ;
- Interdire les collaborations entre les travailleur-euses de santé, les autorités publiques d'une part et les producteur-trices de boissons alcoolisées d'autre part ;
- Reconnaître la fonction et titre d'«alcoologue» diplômé-e sur base des formations existantes<sup>55</sup> et assurer une formation de base et continue en alcoologie suffisante pour tou-tes les médecins et autres professions de santé ;
- Sensibiliser à la loi du 14 novembre 1939 qui interdit notamment de servir des boissons enivrantes à une personne manifestement ivre.

.....  
<sup>55</sup> Notamment en FWB, le certificat interuniversitaire organisé par la SSMG, l'ULB, l'UCL et l'ULG.

Dans son rapport de janvier 2025, le CSS souligne l'importance d'une approche globale et intégrée pour réduire les risques liés à la consommation d'alcool. Il met en avant un continuum de pratiques de réduction des risques et des dommages, couvrant tous les niveaux de consommation, du plus faible au plus élevé, afin d'atténuer les impacts sanitaires et sociaux. Il recommande une prise en charge personnalisée et adaptée aux besoins spécifiques de chaque individu, en proposant différentes options telles que l'abstinence, la modération et la réduction des risques, afin de répondre aux diverses situations.

Pour assurer une prévention et une prise en charge efficaces, les actions doivent être accessibles à tou-tes, coordonnées et déployées de manière continue. Le CSS préconise ainsi une approche intégrée, combinant des mesures aux niveaux macro (politiques publiques et législation), méso (actions des structures locales et des organisations) et micro (interventions individuelles et familiales). Enfin, il insiste sur la nécessité d'une coopération renforcée entre les différents niveaux politiques, indispensable pour garantir une stratégie cohérente et durable dans la lutte contre les risques liés à la consommation d'alcool. Le **tableau 2** présente une synthèse de ces recommandations.

**Tableau 2. Synthèse des recommandations du rapport de 2025 du Conseil Supérieur de la Santé concernant les mesures de réduction des dommages et des risques liés à la consommation d'alcool<sup>56</sup>**

| Groupe cible  |  | Continuum d'intervention   |   |   |  |
|---|--|--|---|---|--|
| Population générale - par type de consommation  | Intermédiaire pour atteindre le groupe cible | Message de prévention/ promotion de la santé   | Bonnes pratiques de réduction des risques visant la société dans son ensemble   | Bonnes pratiques de réduction des risques pour les individus  | Bonnes pratiques pour la réduction des dommages  |
| Consommation légère à modérée   | 1 <sup>re</sup> ligne                        | <p>Il n'existe pas de niveau de consommation d'alcool sans risque pour la santé.</p> <p>Chaque diminution de la consommation est bonne pour la santé.</p> <p>Faire une pause dans sa consommation est bénéfique.</p> <p>Consulter un professionnel de la santé dès que l'on se pose des questions sur sa consommation.</p> | <p>Interdiction du marketing et de la publicité.</p> <p>Message d'avertissement sanitaire.</p> <p>Étiquetage (informations nutritionnelles, nombre d'unités d'alcool, ...).</p> <p>Restrictions de la disponibilité (ventes nocturnes dans les magasins, centres sportifs).</p> <p>Prix minimum par U.A.</p> <p>Eau gratuite dans l'Horeca.</p> <p>Fontaines à eau dans les organisations festives de masse.</p> <p>Boissons sans alcool.</p>   | <p>Lieux de consommation sûrs.</p> <p>Campagnes de prévention/information.</p> <p>Promotion de la santé.</p> <p>Programmes pour boire moins ou faire des pauses dans la consommation (ex : Tournée Minérale).</p> <p>Diffusion des recommandations de consommation :</p> <p>1) Modération :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne pas boire plus de 10 unités standards d'alcool par semaine, à répartir sur plusieurs jours ;</li> <li>- Prévoir plusieurs jours dans la semaine sans alcool ;</li> <li>- Limiter la quantité totale d'alcool consommée en une occasion et proscrire le <i>binge drinking</i> (plus de 4 unités standards pour les femmes et 6 unités standards pour les hommes, en moins de 2 heures) ;</li> <li>- Se fixer une limite, en quantité et en argent ;</li> <li>- Compter les unités de consommation bues ;</li> <li>- Planifier des activités autres que la consommation d'alcool.</li> </ul> <p>2) Mode de consommation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alterner entre boissons alcoolisées et non-alcoolisées ;</li> <li>- Boire lentement (et déposer son verre par exemple) ;</li> <li>- Espacer les verres ;</li> <li>- Postposer la première consommation ;</li> <li>- Boire des boissons moins fortement alcoolisées ;</li> <li>- Manger avant ou pendant la consommation de boissons alcoolisées ;</li> <li>- Ne pas mélanger avec d'autres drogues (y compris la nicotine) ou médicaments ;</li> <li>- Tenir compte de l'apport en vitamines B ;</li> <li>- Évitez les alcools sous d'autres formes.</li> </ul> <p>3) Contexte de consommation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Boire dans un endroit sûr ;</li> <li>- S'assurer d'avoir des personnes de confiance à proximité et de pouvoir rentrer chez soi en toute sécurité ;</li> <li>- Utiliser un-e conducteur-riche désigné-e ;</li> <li>- Ne pas boire d'alcool dans certaines circonstances (conduite d'un véhicule ; travail avec des machines ; responsabilité de la sécurité d'autrui ; ...).</li> </ul> |  |
| Consommation problématique/ utilisation à risque (> 10 unités/semaine et/ou > 4 unités d'alcool en une occasion et/ou consommation quotidienne) | 1 <sup>re</sup> ligne - 2 <sup>e</sup> ligne | <p>Il n'existe pas de niveau de consommation d'alcool sans risque pour la santé.</p> <p>Chaque diminution de la consommation est bonne pour la santé.</p> <p>Faire une pause dans sa consommation est bénéfique.</p> <p>Un-e alcoologue peut aider à réduire sa consommation.</p>  | <p>Formation des professionnel-les de première ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en méthodologies d'intervention brève ;</li> <li>- en connaissance des différents objectifs de traitement (abstinence, modération, réduction des risques) ;</li> <li>- en réseau pluridisciplinaire.</li> </ul> <p>Reconnaissance de la fonction d'alcoologue et remboursement des consultations.</p> <p>Renforcer les services d'aide en ligne (et améliorer leur accessibilité et la formation des professionnel-les à leur utilisation).</p> | <p>Auto-monitoring régulier ; bilans de santé complets (rembourser les tests permettant de détecter rapidement les problèmes de santé).</p> <p>Dépistage et interventions brèves.</p>   | <p>Lieux de consommation sûrs.</p> <p>Programmes pour boire moins ou faire des pauses dans la consommation (ex : Tournée Minérale).</p> <p>Diffusion des recommandations de consommation.</p> <p>Disponibilité de programmes répondant aux différents objectifs de traitement, et notamment : Programmes de type Alcochoix - Mes Choix (Canada), <i>Alcohol, de baas?</i> «<a href="https://aide-alcool.be/">https://aide-alcool.be/</a>»<sup>57</sup> et «L'alcool et vous» ; <i>Managed Alcohol Programs</i> (MAPs) ; Stratégies de suivi du comportement de consommation pour parvenir à la modération en matière d'alcool.</p> |

56 Conseil Supérieur de la Santé. Mesures de réduction des dommages et des risques liés à la consommation d'alcool. Bruxelles : CSS ; 2025. Avis n° 9782. URL : <https://www.hgr-css.be/fr/avis/9782/mesures-de-reduction-des-dommages-et-des-risques-lies-a-la-consommation-dalcool>

57 Voir encadré relatif au site [aide-alcool.be](https://aide-alcool.be) à la page 109.

**Tableau 2. Synthèse des recommandations du rapport de 2025 du Conseil Supérieur de la Santé concernant les mesures de réduction des dommages et des risques liés à la consommation d'alcool<sup>56</sup>**

| Groupe cible   |   | Continuum d'intervention  |  |  |   |
|--|---|---|--|--|---|
| Population générale - par type de consommation                           | Intermédiaire pour atteindre le groupe cible    | Message de prévention/ promotion de la santé  | Bonnes pratiques de réduction des risques visant la société dans son ensemble  | Bonnes pratiques de réduction des risques pour les individus   | Bonnes pratiques pour la réduction des dommages   |
| Troubles liés à l'utilisation de l'alcool (avec ou sans désir d'arrêter) | 1 <sup>re</sup> ligne –<br>2 <sup>e</sup> ligne | Il n'existe pas de niveau de consommation d'alcool sans risque pour la santé.<br>Chaque diminution de la consommation est bonne pour la santé.<br>Un-e alcoologue peut aider à réduire sa consommation. | Formation des professionnel-les de première ligne :<br>– en méthodologies d'intervention brève ;<br>– en connaissance des différents objectifs de traitement (abstinence, modération, réduction des risques) ;<br>– en réseau pluridisciplinaire.<br>Reconnaissance de la fonction d'alcoologue et remboursement des consultations.<br>Renforcer les services d'aide en ligne (et améliorer leur accessibilité et la formation des professionnel-les à leur utilisation).<br>Disponibilité et accessibilité des soins spécialisés. | Case management - coordination des soins de santé autour de la personne.<br>Approche axée sur le rétablissement. | Trouble léger à modéré : Programmes de type Alcochoix - Mes Choix (Canada), <i>Alcohol, de baas?</i> « <a href="https://aide.alcool.be/">https://aide.alcool.be/</a> » <sup>57</sup> et «L'alcool et vous» ; Interventions brèves ; <i>Managed Alcohol Programs</i> (MAPs) ; Stratégies de suivi du comportement de consommation pour parvenir à la modération en matière d'alcool.<br><br>Trouble sévère : Projets similaires au projet Sabayon ; <i>Managed Alcohol Programs</i> (MAPs) ; <i>Contingency management</i> ; Centres sans rendez-vous où l'on peut consommer son propre alcool ; Stratégies/programmes pour boire moins.<br><br>Accessibilité :<br>– des centres spécialisés dans la réduction des risques ;<br>– des soins généraux et services d'aide (centres d'hébergement de nuit, refuges, soins de santé primaires, ...).<br><br>Accompagnement en médecine générale. <i>Blue Light Project</i> . |

**Tableau 2. Synthèse des recommandations du rapport de 2025 du Conseil Supérieur de la Santé concernant les mesures de réduction des dommages et des risques liés à la consommation d'alcool<sup>56</sup>**

| Groupe cible        |  | Continuum d'intervention   |  |  |  |
|---------------------|--|--|--|--|--|
| Publics spécifiques | Intermédiaire pour atteindre le groupe cible | Message de prévention/ promotion de la santé   | Bonnes pratiques de réduction des risques visant la société dans son ensemble  | Bonnes pratiques de réduction des risques pour les individus   | Bonnes pratiques pour la réduction des dommages  |
| Jeunes (- 18 ans)   | Parents<br>École<br>Extrascolaire            | Pas d'alcool   | Interdiction de vente aux jeunes de moins de 18 ans.<br>Application de la loi. | Promotion de la santé (mentale).<br>Développement des compétences psychosociales.<br>Impliquer et soutenir les parents.<br>Prévention à l'école (basée sur des données probantes : projets <i>Unplugged</i> ; <i>SHAHRP</i> ; <i>Preventure</i> ).<br>Prévention en extrascolaire :<br>Formation/mobilisation des animateurs de jeunesse (Aide en Milieu Ouvert, IPPJ, Open Ado, Centre de planning familial, CAW/ JAC, CLB's, etc.).<br>Engagement global de la communauté (modèle Islandais - <i>Planet Youth</i> ). | Interventions motivationnelles brèves.<br>Optimisation des environnements de consommation :<br>– connaissance et respect de la législation dans l'HORECA et le secteur de la distribution alimentaire (âge légal, interdiction de servir des personnes en état d'ébriété) ;<br>– sensibilisation plus générale du personnel ;<br>– adapter l'environnement (éthylotests, accès à l'eau gratuite, accès à des softs à des prix attractifs, aires de repos, retour à la maison, ...);<br>– labels de qualité.<br>Prévention des violences sexuelles liées à l'alcool.<br>Aménagement urbain. |
| Jeunes (18-25 ans)  | Pairs  | Il n'existe pas de niveau de consommation d'alcool sans risque pour la santé.<br>Avant 25 ans : l'alcool a un impact encore plus important sur le cerveau.<br>Chaque diminution de la consommation est bonne pour la santé.<br>Faire une pause dans sa consommation est bénéfique. | (voir ci-dessus – population générale)   | Prévention en milieu étudiant (ex : campagne "Guindaille 2.0"). <sup>58</sup><br>Prévention dans un environnement festif (ex : réseau "Safe ta Night").<br>Prévention/sensibilisation dans les mouvements de jeunesse.<br>Prévention par les pairs.<br>Prévention dans les clubs de sport.   |  |

58 Voir encadré relatif à la campagne "Guindaille 2.0" à la page 105.

**Tableau 2. Synthèse des recommandations du rapport de 2025 du Conseil Supérieur de la Santé concernant les mesures de réduction des dommages et des risques liés à la consommation d'alcool<sup>56</sup>**

| Groupe cible   |  | Continuum d'intervention  |  |   |   |
|--|--|---|--|---|---|
| Publics spécifiques  | Intermédiaire pour atteindre le groupe cible | Message de prévention/ promotion de la santé  | Bonnes pratiques de réduction des risques visant la société dans son ensemble                                | Bonnes pratiques de réduction des risques pour les individus  | Bonnes pratiques pour la réduction des dommages   |
| Femmes enceintes ou désirant le devenir, et allaitantes                    | Gynécologues                                 | Il est recommandé de ne pas boire de boissons alcoolisées.  | Messages d'avertissement sanitaire.<br>Sensibilisation et formation des professionnel·les de santé.          | Campagnes de sensibilisation.<br>Informations via les professionnel·les de première ligne (dès l'adolescence).  | Détection précoce et interventions brèves visant à réduire/diversifier la consommation d'alcool (taux plus faibles).<br>Approche holistique (prise en compte du contexte).<br>Accès prioritaire aux centres de sevrage. |
| Comorbidités/ consommation de drogues ou d'autres substances psychoactives | Professionnel·les de la santé                | Sur la base des conseils d'un prestataire de soins de santé.  |  | Outil didactique de sensibilisation aux risques liés à la polyconsommation.<br>Guidelines par rapport aux comorbidités de santé mentale.                            |   |
| Personnes âgées  | Professionnel·les de la santé                | Il n'existe pas de niveau de consommation d'alcool sans risque pour la santé.<br>Chaque diminution de la consommation est bonne pour la santé.<br>Faire une pause dans sa consommation est bénéfique. | Sensibilisation et formation des professionnel·les de santé.<br>Développement d'outils de dépistage adaptés. | Sensibilisation aux risques (notamment mélanges de médicaments et d'alcool).  | Directives de consommation adaptées.  |
| Personnes en situation précaire – sans abris                               | Travailleur·euses de rue                     | Le moins d'alcool possible.   | Accessibilité des services d'aide.   | Actions visant à retrouver une situation de vie stable (programmes de type <i>Housing First</i> ).<br>Prévention en milieu de rue (infirmier·ères de rue/médecins). | Programmes de gestion de l'alcool (MAP) ; <i>Housing First</i> ; Travail de rue/ <i>outreach</i> ; Outil Ganymède ; Salles de consommation ; Stratégies de consommation à moindre risque                                |

**Tableau 2. Synthèse des recommandations du rapport de 2025 du Conseil Supérieur de la Santé concernant les mesures de réduction des dommages et des risques liés à la consommation d'alcool<sup>56</sup>**

| Groupe cible   |  | Continuum d'intervention   |   |  |  |
|--|--|--|---|--|--|
| Sensibilisation dans certains contextes (où les implications pèsent (relativement) plus lourdement sur l'environnement que sur l'individu) | Message de prévention/ promotion de la santé | Bonnes pratiques de réduction des risques visant la société dans son ensemble  | Bonnes pratiques de réduction des risques pour les individus  | Bonnes pratiques pour la réduction des dommages  |  |
| Circulation  | Pas d'alcool                                 | Contrôle/exécution de la loi.<br>Réglementation de la disponibilité dans les stations-service.   | Campagnes de sensibilisation.<br>Prévention par les pairs.  | Programmes de désignation de conducteur·rice sobre.<br>Programmes de retour à domicile.<br><i>Alcohol/slots</i> après une condamnation pour conduite en état d'ivresse.<br>Interventions brèves. |  |
| Milieu professionnel   | Pas d'alcool                                 | Réglementation de l'offre.<br>Sensibiliser les organisations patronales à leurs responsabilités, aux coûts financiers et humains de la surconsommation, à l'importance de la RSE dans ce domaine, etc. | Sensibilisation, connaissance et respect de la réglementation (législation sur le bien-être au travail, conventions collectives). |  |  |
| Milieu sportif   | Pas d'alcool                                 | Interdiction du sponsoring.<br>Réglementation de l'offre.  | Labels sportifs.  |  |  |

## L'ÉTUDE ALMOREGAL

L'étude est une évaluation des modèles alternatifs pour la régulation de la publicité relative à l'alcool en Belgique, publiée en 2019 et financée par BELSPO (Decorte *et al.*, 2019). Les chercheur-euses épinglent le fait que les études longitudinales autant que les études expérimentales à court terme indiquent une relation positive entre les opérations marketing et la consommation précoce d'alcool, les quantités consommées, la poursuite de la consommation d'alcool chez les jeunes, et l'envie accrue de boire chez les personnes dépendantes, abstinentes ou en traitement de réduction de leur consommation. L'étude précise également que l'interdiction de la publicité fait partie des mesures les plus rentables pour réduire l'usage nocif d'alcool. À partir des connaissances scientifiques actuelles, les chercheur-euses ont formulé une série de recommandations à l'attention des autorités publiques, notamment :

- 1) Interdire totalement le marketing alcoolier.
- 2) Si l'interdiction totale n'est pas possible, restreindre le volume et le contenu afin de minimiser l'exposition des mineur-es au marketing de l'alcool :
  - Appliquer une interdiction totale au sein des médias traditionnels (télévision, radio, journaux, magazines et panneaux publicitaires) quand une part importante de leur public est composée de mineur-es.
  - Réguler strictement, voire interdire, le sponsoring des événements sportifs et culturels.
  - Éviter le placement de produits et de marques d'alcool, en particulier lorsque le public comprend des mineur-es.
  - Interdiction générale des promotions temporaires (par exemple les *happy hours*).
  - Inclure dans les régulations toutes les formes digitales de marketing.
  - Inclure dans les régulations le marketing pour des boissons non-alcoolisées de la même marque ou portant les mêmes caractéristiques que des boissons alcoolisées.
  - Éviter l'implication de l'industrie de l'alcool dans les campagnes de prévention.
  - Limiter le contenu des messages de marketing à des informations relatives au produit et lister ce qui est autorisé de manière exhaustive.
- 3) Élaborer un cadre réglementaire clair et englobant, ce qui comprend notamment :
  - Établir un organe de monitoring indépendant qui veille à la bonne application de la réglementation.
  - Implanter un système de plainte accessible à tout individu et transparent.
  - Établir un comité de surveillance indépendant responsable de l'analyse des plaintes.
  - Quand cela est autorisé, soumettre les pratiques marketing à un contrôle préalable opéré par un comité indépendant.
  - Mettre en place des sanctions dissuasives, y compris financières.
- 4) Analyser et évaluer systématiquement l'efficacité des régulations mises en œuvre.
- 5) Conduire des recherches scientifiques au sujet des effets du marketing alcoolier auprès des citoyen-nés belges.
- 6) Intégrer la régulation du marketing alcoolier à un plan national alcool plus global et intégral.

### LES ALCOOLISÉS<sup>59</sup> :

### QUELLE INFLUENCE SUR LA RECHERCHE

### SCIENTIFIQUE, LES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE

### ET LA FORMULATION DES RECOMMANDATIONS ?<sup>60</sup>

Une revue de la littérature publiée en 2024 dans la revue *Health Promotion International* a mis en lumière les stratégies déployées par les industries de l'alcool, du tabac et des aliments ultra-transformés pour dissuader les chercheur-euses de produire ou de diffuser des travaux susceptibles de remettre en cause leurs intérêts économiques ou leur image publique (Evans-Reeves *et al.*, 2024). Les auteur-rices ont analysé 64 publications parues entre 2000 et 2021, dont environ deux tiers d'articles évalués par des pairs et un tiers de littérature grise, incluant notamment des blogs. Cette analyse met en évidence le caractère systémique et transversal de ces stratégies d'intimidation, observées de manière comparable dans l'ensemble des secteurs étudiés.

59 Le terme «alcoolier» désigne les entreprises et acteurs industriels impliqués dans la production, la distribution et la commercialisation de boissons alcoolisées. Il englobe également les groupes de pression et les lobbyistes représentant les intérêts de cette industrie.

60 Voir aussi l'encadré relatif au cadre européen en matière d'étiquetage de l'alcool page 20.

Le discrédit public constitue la tactique la plus fréquemment documentée. Des chercheur-euses et militant-es en santé publique ont ainsi vu leurs travaux attaqués dans l'espace médiatique et ont été qualifié-es d'«extrémistes», de «prohibitionnistes», de «fascistes alimentaires», de personnes «indignes de confiance» ou encore de «fous». Ces attaques émanaient de représentant-es de l'industrie, de lobbyistes, de responsables politiques ou de scientifiques financé-es par les secteurs concernés. Ces pratiques rejoignent les constats formulés par Van den Heuvel, Dijkstra et Hagenars (2025), qui montrent qu'en parallèle d'un discours public valorisant l'alcool – présenté dans les médias comme un produit associé à la tradition, au goût, à l'innovation et à la convivialité – l'industrie de l'alcool remet en cause, dans leurs échanges avec les pouvoirs publics, la légitimité des organisations de santé publique et des institutions scientifiques plaidant pour des politiques plus protectrices de la santé.

Les menaces et actions en justice constituent une autre stratégie centrale. L'industrie du tabac, notamment aux États-Unis dans les années 1990, a eu recours à des poursuites judiciaires afin de freiner ou d'empêcher l'adoption de réglementations et de campagnes de prévention. Des chercheur-euses et militant-es ont également rapporté avoir reçu des menaces de violences physiques ou avoir subi des agressions lorsqu'ils ou elles refusaient d'atténuer leurs recommandations ou soutenaient

des mesures réglementaires contraires aux intérêts industriels. Ces mécanismes de pression s'inscrivent dans une logique plus large de délégitimation des politiques publiques, que l'étude néerlandaise de 2025 met également en évidence : les projets de prévention sont fréquemment présentés par l'industrie de l'alcool comme irréalistes, inefficaces ou disproportionnés, tandis que des approches volontaires et ciblant des groupes spécifiques sont privilégiées.

Enfin, d'autres formes de pression plus discrètes mais tout aussi préoccupantes sont documentées, telles que la surveillance des chercheur-euses et militant-es, les écoutes téléphoniques, le suivi des déplacements, l'espionnage de matériels informatiques ou encore le vol de documents. L'ensemble de ces pratiques contribue à entraver la production de connaissances indépendantes, à semer le doute quant aux effets sanitaires d'une consommation même dite «modérée» d'alcool et, plus largement, à affaiblir l'élaboration et la mise en œuvre de politiques de santé publique fondées sur des données probantes.

### La courbe en J et la remise en cause du modèle

Depuis les années 1980 jusqu'aux années 2010, des études ont mis en évidence l'existence d'une «courbe en J», illustrant le risque de mortalité selon le niveau de consommation d'alcool (Kannel & Ellison, 1996 ; Mukamal *et al.*, 2005). Selon ce modèle statistique, les personnes qui ne consomment pas d'alcool (abstinent-es) auraient un risque de mortalité ou de maladie cardiovasculaires légèrement plus élevé que les consommateur-rices modéré-es. Ces dernier-ères (généralement défini-es comme consommant 1 à 2 verres par jour) auraient un risque plus faible que les abstinent-es, tandis que les consommateur-rices excessif-ves verraient leur risque augmenter de manière exponentielle, dépassant largement celui des abstinent-es et des consommateur-rices modéré-es. Ce modèle a été utilisé pendant des décennies pour justifier l'idée qu'une consommation modérée d'alcool pouvait être bénéfique pour la santé cardiovasculaire, une croyance largement répandue dans le grand public et reprise dans certaines recommandations de santé, notamment concernant le vin rouge dans le régime méditerranéen.

Ces dernières années, de nombreuses recherches ont remis en cause cette théorie en pointant plusieurs biais méthodologiques (Knott *et al.*, 2015 ; Millwood *et al.*, 2019 ; Biddinger *et al.*, 2022 ; Stockwell *et al.* 2024). D'abord, des biais de sélection : certaines études incluait dans le groupe des abstinent-es des personnes ayant arrêté de boire pour des raisons de santé (ancien-nes alcoolodépendant-es, malades chroniques), faussant ainsi les résultats. Ensuite, des facteurs de confusion : les consommateur-rices modéré-es ont souvent un mode de vie plus sain (meilleure alimentation, activité physique, statut socio-économique plus élevé), ce qui pourrait expliquer leur meilleure santé. Enfin, l'influence de l'industrie de l'alcool : des études financées par ce secteur ont parfois biaisé les conclusions en minimisant les risques liés à l'alcool (McCambridge & Mialon, 2018).

Un exemple emblématique est l'essai MACH du *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) en 2018, financé à hauteur de 100 millions de dollars principalement par l'industrie de l'alcool, visant à démontrer des effets «protecteurs» de l'alcool sur la santé cardiovasculaire et le diabète. Cette étude, qui devait suivre 7 800 patient-es sur 10 ans, a été suspendue par le *National Institutes of Health* (NIH) après qu'une enquête du *New York Times* a révélé que les chercheur-euses avaient sollicité des financements en promettant des résultats favorables (Rabin,

2018). Un article publié en 2020 a démontré l'implication de l'industrie de l'alcool dans cette affaire (Mitchell, 2020).

Aujourd'hui, il est clairement établi que l'alcool, y compris le vin rouge<sup>61</sup>, présente des risques pour la santé, même à faible dose (Stockwell *et al.*, 2016 ; Griswold *et al.*, 2018). L'OMS et d'autres institutions de santé publique reconnaissent que toute consommation d'alcool augmente les risques de morbidité et de mortalité, notamment en lien avec les cancers, les maladies cardiovasculaires et les troubles neurologiques. En janvier 2023, l'OMS a affirmé qu'aucun niveau de consommation d'alcool n'est sans danger pour la santé<sup>62</sup>.

### Influence des lobbies de l'alcool sur les politiques publiques

L'industrie de l'alcool et ses lobbies exercent une influence considérable sur les lois et les politiques publiques afin de protéger leurs intérêts économiques. Dans un article de 2023 sur les pratiques commerciales nocives pour la santé et l'équité, la *Lancet Commission* identifie les pratiques politiques comme l'un des principaux leviers par lesquels les industries de produits nocifs, dont l'alcool, cherchent à influencer les décisions publiques (Gilmore *et al.*, 2023). Ces pratiques incluent notamment la promotion de partenariats avec les pouvoirs publics, le lobbying visant à introduire des informations trompeuses dans les processus décisionnels, la remise en cause des preuves scientifiques sur les effets nocifs de l'alcool et le déplacement de la responsabilité vers les individus à travers des messages tels que «boire avec modération» ou «boire de manière responsable», au détriment de politiques structurelles efficaces. Dans ce contexte, l'industrie de l'alcool cherche à réduire les taxes, à intensifier les campagnes de marketing, à atténuer les messages de prévention et à établir des relations privilégiées avec des responsables politiques. Un exemple marquant est l'adaptation du plan européen BECA<sup>63</sup> (*Beating Cancer*), dont les recommandations initiales visant à limiter la consommation d'alcool ont été considérablement affaiblies sous la pression des lobbies<sup>64,65</sup>.

L'OMS a mis en évidence l'influence des lobbies de l'alcool sur la recherche scientifique et les politiques de santé publique. Dans son Plan d'action mondial contre l'alcool 2022-2030<sup>66</sup>, elle recommande aux acteurs économiques de s'abstenir de financer des recherches et des politiques de santé publique afin d'éviter tout biais lié aux conflits d'intérêts. Cette position illustre l'importance de protéger les politiques de santé publique de l'influence des intérêts commerciaux liés à l'alcool.

61 Pour aller plus loin : Associations Addictions France. French paradox : Histoire d'un conte à boire debout. Paris ; 2019. URL : <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/03/Decryptages-N-36-French-Paradox-2021.pdf>

62 OMS. Aucun niveau de consommation d'alcool n'est sans danger pour notre santé. Communiqué de presse, 4 janvier 2023. URL : <https://www.who.int/europe/fr/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health#:~:text=L'Organisation%20mondiale%20de%20la,que%20soit%20la%20quantit%C3%A9%20consomm%C3%A9e>

63 Voir : Actualités du Parlement européen au sujet du plan BECA. URL : <https://www.europarl.europa.eu/news/fr?contentType=committee&keywordValue=BECA>

64 Associations Addictions France. Observatoire sur les pratiques des lobbies de l'alcool - Rapport 2021. Paris ; 2022. URL : [https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2022/07/Observatoire-des-pratiques-des-lobbies\\_2021.pdf](https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2022/07/Observatoire-des-pratiques-des-lobbies_2021.pdf)

65 Godaert T. AB Inbev, Pernod Ricard : Les stratégies des alcooliers pour nous faire boire. Émission télévisée, RTBF ; 2023. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=y7NZseHkZY>

66 OMS. Plan d'action mondial contre l'alcool 2022-2030. Genève ; 2024. URL : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377631/9789240095878-fre.pdf?sequence=1>

# CLASSIFICATION DES USAGES D'ALCOOL

Il existe plusieurs classifications internationales pour décrire les usages de l'alcool, notamment celles du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5-TR) de l'Association américaine de psychiatrie et de la Classification internationale des maladies (CIM-11) de l'Organisation mondiale de la santé. Ces classifications se concentrent principalement sur les formes d'usage pathologique.

Nous nous référons ici à la classification proposée par la Société française d'alcoologie<sup>67</sup>, qui adopte une approche comportementale en situant les différentes formes d'usage d'alcool sur un continuum de sévérité. Contrairement aux classifications médicales officielles, son objectif n'est pas strictement nosographique, mais plutôt de faciliter le repérage précoce des comportements à risque, souvent sous-estimés.

**Cette classification distingue plusieurs formes de rapport à l'alcool :**

## LE NON-USAGE D'ALCOOL

Il désigne l'absence de consommation d'alcool (on parle généralement d'abstinence). Il peut être :

67 Société française d'alcoologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Loos ; 2015 (actualisé en 2023). URL : <https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/RECOS-SFA-Version-2023-2-2.pdf>

- Primaire, lorsqu'il s'agit d'un non-usage initial (enfants, pré-adolescent-es) ou d'un choix durable, voire définitif, motivé par des préférences personnelles et/ou culturelles chez l'adulte.
- Secondaire, lorsqu'il survient après une période de consommation, souvent à la suite d'un mésusage ou pour des raisons médicales, psychologiques ou sociales.

## L'USAGE À FAIBLE RISQUE

Il correspond à une consommation asymptotique, c'est-à-dire qui ne génère pas de conséquences négatives identifiées, et qui respecte les repères de consommation d'alcool recommandés par Santé publique France et l'Institut national du cancer. Ces recommandations, valables aussi bien pour les hommes que pour les femmes, sont les suivantes :

- Ne pas dépasser 10 verres standard par semaine
- Ne pas consommer plus de 2 verres standard par jour
- Prévoir des jours sans consommation au cours de la semaine.

L'option la plus sûre reste de ne pas consommer d'alcool dans certaines situations spécifiques :

- Pour les femmes enceintes, allaitantes ou souhaitant concevoir un enfant
- Pour les jeunes et les adolescent-es
- En cas de conduite automobile ou de manipulation d'outils ou de machines (bricolage, travail en hauteur, etc.)

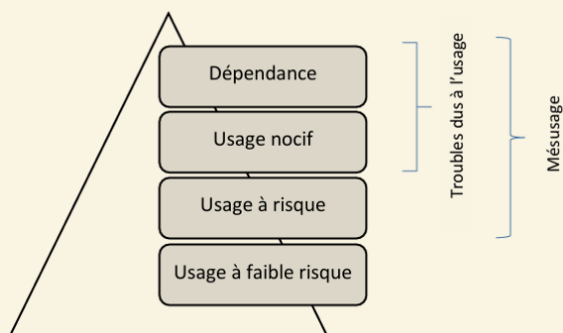
- Lors de la pratique de sports à risque
- En cas de prise de certains médicaments ou de présence de certaines pathologies.

De manière générale, il est recommandé de réduire la quantité totale d'alcool consommée, de boire lentement, de manger en même temps, d'alterner avec de l'eau, et d'éviter les lieux ou les situations à risque. Il est également conseillé de s'assurer d'être entouré-e de personnes de confiance et d'avoir un moyen de retour sécurisé après la consommation.

En Belgique, le Conseil Supérieur de la Santé adopte des recommandations similaires et ajoute une recommandation liée à l'âge, à savoir ne pas consommer d'alcool avant 18 ans<sup>68</sup> (cf. point 4.1). Il a réaffirmé cette limitation à 18 ans pour toutes les boissons alcoolisées dans un avis ultérieur<sup>69</sup>.

68 Conseil Supérieur de la Santé. Risques liés à la consommation d'alcool. Bruxelles: CSS ; 2018. Avis n° 9438. URL : <https://www.hqr-css.be/fr/avis/9438/lalcool>

69 Conseil Supérieur de la Santé. Mesures de réduction des méfaits liés à la consommation d'alcool : avertissements sanitaires dans le marketing, recul de l'âge de la première consommation d'alcool et prix minimum de l'alcool. Bruxelles: CSS ; 2024. Avis n° 9781. URL : <https://www.hqr-css.be/fr/avis/9781/mesures-de-reduction-des-mefaits-lies-a-lalcool>



Source : Société française d'alcoologie



Source : Société française d'alcoologie

## LE MÉSUSAGE

Ce terme englobe les types d'usage qui occasionnent des conséquences négatives ainsi que ceux qui sont à risque d'en entraîner. Le mésusage comprend ainsi l'usage à risque et les troubles dus à l'usage (usage nocif et dépendance).

**L'usage à risque** : il s'agit de la forme la moins sévère du mésusage. L'usage à risque est asymptomatique, mais est susceptible d'entraîner à plus ou moins long terme des dommages. Le CIM-11 l'a défini comme "un mode de consommation d'alcool qui augmente sensiblement le risque de conséquences néfastes pour la santé physique ou mentale de l'usager-ère ou d'autrui, à un point tel qu'il justifie l'attention et les conseils des professionnel·les de la santé. Le risque accru peut être dû à la fréquence de la consommation d'alcool, à la quantité consommée en une occasion donnée, aux comportements à risque associés à la consommation d'alcool ou au contexte de la consommation, ou à une combinaison de ces éléments. Le risque peut être lié aux effets à court terme de l'alcool ou à des effets cumulatifs à plus long terme sur la santé ou le fonctionnement physique ou mental. La consommation dangereuse d'alcool n'a pas encore atteint le niveau où elle a causé des dommages à la santé physique ou mentale de l'usager-ère ou de son entourage. Le mode de consommation d'alcool persiste souvent malgré la conscience d'un risque accru pour le-la consommateur-ice ou pour les autres.

**Les troubles dus à l'usage d'alcool** : ils ne sont pas définis par un niveau spécifique de consommation, mais par l'existence de symptômes. La caractéristique essentielle des troubles dus à l'usage d'alcool réside dans un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que la consommation d'alcool entraîne des dommages pour la personne ou que celle-ci continue à consommer malgré la persistance de ces conséquences négatives. Selon les classifications diagnostiques (CIM-10, CIM-11, DSM-IV, DSM-5), on retrouve divers types de complications physiques, psychiques ou sociales liées à la consommation d'alcool, tels que :

- Un désir (souvent intense, parfois compulsif) de consommer de l'alcool (*craving*),

- Une perte de contrôle sur la consommation,
- La poursuite de la consommation dans les situations dangereuses, comme la conduite sous l'influence de l'alcool.

Les systèmes diagnostiques principaux reconnaissent au moins deux niveaux de sévérité des troubles liés à l'usage d'alcool. La CIM-11, par exemple, propose deux diagnostics hiérarchisés :

### 1. L'usage nocif

L'usage nocif se réfère à un schéma de consommation d'alcool ayant causé des dommages à la santé physique ou mentale de la personne, ou ayant conduit à des comportements préjudiciables à la santé d'autrui. Ce type de consommation doit être manifeste sur une période d'au moins 12 mois si elle est épisodique, ou d'au moins un mois si elle est continue. Les dommages à la santé peuvent résulter de divers facteurs, tels que :

- Comportements liés à l'intoxication, comme des actions dangereuses ou violentes sous l'influence de l'alcool.
- Effets toxiques directs ou secondaires sur les organes et systèmes du corps, par exemple des lésions hépatiques ou des troubles cardiovasculaires.
- Voie d'administration nocive : Bien que moins courante pour l'alcool, cela peut inclure des modes de consommation particulièrement dangereux.

De plus, l'usage nocif englobe les situations où la consommation d'alcool conduit à des comportements mettant en danger la santé d'autrui, comme les accidents de la route causés par une conduite en état d'ébriété.

### 2. La dépendance

La dépendance est une forme plus sévère des troubles liés à l'usage d'alcool. Elle se caractérise par une forte pulsion interne de consommer de l'alcool, avec une altération de la capacité à contrôler la consommation. Cela se manifeste par une priorité croissante accordée à l'alcool par rapport à d'autres activités, ainsi que la persistance de consommation malgré des conséquences négatives, tant physiques que psychologiques. Les principales caractéristiques de la dépendance incluent :

- Une envie impérieuse de consommer de l'alcool (*craving*),
- Une altération du contrôle sur la quantité et la fréquence de consommation,

- La tolérance aux effets de l'alcool, nécessitant des quantités plus élevées pour obtenir les mêmes effets,
- Les symptômes de sevrage après l'arrêt ou la réduction de la consommation,
- La consommation répétée d'alcool ou d'autres substances pour prévenir ou atténuer les symptômes de sevrage.

La dépendance se manifeste généralement sur une période d'au moins 12 mois, bien que le diagnostic puisse être posé si la consommation est continue (quotidienne ou quasi quotidienne) pendant au moins 3 mois.

# LA DISPONIBILITÉ ET L'OFFRE D'ALCOOL EN BELGIQUE

L'alcool est une substance psychoactive largement disponible en Belgique, notamment dans les établissements du secteur de l'Horeca<sup>70</sup>, les commerces alimentaires, les night shops et les marchands de journaux. Toutefois, de récentes réglementations ont restreint son accessibilité dans certains lieux et à certaines heures (cf. point 3.2). Depuis juillet 2024<sup>71</sup>, la vente d'alcool est interdite dans les distributeurs automatiques, ainsi que dans les stations-service le long des autoroutes entre 22h et 7h. De plus, la vente d'alcool est désormais restreinte dans les hôpitaux, où seules la bière et le vin non réfrigérés restent disponibles. Malgré ces nouvelles règles, il reste relativement facile de se procurer de l'alcool dans de nombreux points de vente.

210, et le plus bas en Italie avec un indice de 84. En Belgique, l'indice des prix des boissons alcoolisées est de 114, ce qui est supérieur à la moyenne européenne.

Lorsque l'on compare l'indice de la Belgique à celui de ses quatre pays frontaliers, on constate qu'entre 2017 et 2024, les prix des boissons alcoolisées étaient systématiquement les plus élevés en Belgique et les plus bas en Allemagne (Tableau 3). Les niveaux de prix observés aux Pays-Bas, en France et au Luxembourg se situaient quant à eux dans une zone intermédiaire, avec des écarts relativement

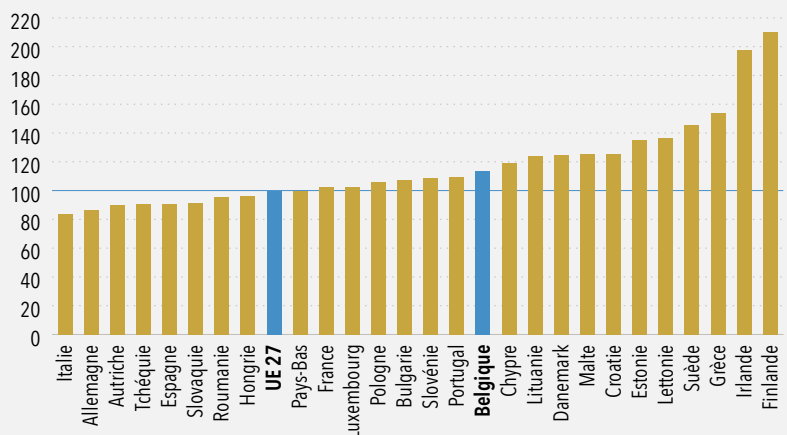
modérés entre ces trois pays. Ces disparités, associées à des prix relativement élevés en Belgique, sont susceptibles d'influencer les comportements d'achat des consommateurs belges et de favoriser les achats transfrontaliers.

## 6.1

### LES DONNÉES DE PRIX

La figure 1 présente les valeurs de l'indice du niveau de prix (*price level indice*<sup>72</sup>) des boissons alcoolisées des pays membres de l'Union Européenne (UE) pour l'année 2024. Lorsque les niveaux de prix sont comparés à l'indice moyen de l'UE, fixé à 100, les résultats révèlent que le prix des boissons alcoolisées (spiritueux, vin et bière) est le plus élevé en Finlande avec un indice de

Figure 1. Indice de niveau de prix des boissons alcoolisées au sein des 27 pays membres de l'Union Européenne pour l'année 2024



Source : Eurostat (analyse et adaptation : Eurotox)

Tableau 3. Évolution, entre 2017 et 2024, de l'indice de niveau de prix des boissons alcoolisées en Belgique et ses pays frontaliers

|            | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Belgique   | 112  | 112  | 110  | 116  | 116  | 116  | 117  | 114  |
| France     | 100  | 99   | 101  | 101  | 100  | 100  | 103  | 102  |
| Allemagne  | 92   | 93   | 92   | 86   | 87   | 87   | 86   | 87   |
| Luxembourg | 99   | 98   | 100  | 105  | 106  | 104  | 104  | 103  |
| Pays-Bas   | 105  | 105  | 105  | 99   | 99   | 100  | 101  | 100  |

Source : Eurostat (analyse et adaptation : Eurotox)

70 Secteur d'activités de l'Hôtellerie, de la Restauration et des Cafés.

71 Santé publique - Sécurité de la Chaîne alimentaire Environnement. Modifications législatives concernant la vente de produits de tabac et de boissons alcoolisées. Bruxelles ; 2024. URL : <https://www.health.belgium.be/fr/news/modifications-legislatives-concernant-la-vente-de-produits-de-tabac-et-de-boissons-alcoolisees>

72 Il s'agit d'un indicateur économique permettant d'estimer l'ampleur de la différence du niveau de prix d'un produit dans un pays par rapport à d'autres, en l'occurrence la moyenne européenne. Par définition donc, un indice de 100 correspond au prix pratiqué en moyenne au niveau européen.

## LES DONNÉES DE VENTE

La consommation d'alcool à l'échelle populationnelle est parfois étudiée à partir des chiffres officiels de vente, rapportés au nombre de consommateur-rices potentiel-les<sup>73</sup>. Par convention, on parle de consommation moyenne par an, exprimée en nombre de litres d'alcool pur par habitant-e âgé-e de 15 ans et plus. Il s'agit d'un indicateur utile pour les politiques publiques, dans la mesure où il prédit de manière relativement fiable l'ampleur des dommages liés à l'alcool au niveau populationnel (Rossow & Mäkelä, 2021).

## LES DONNÉES DE L'ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE)

Selon les chiffres officiels publiés par l'OCDE, le nombre de litres d'alcool pur vendu annuellement en Belgique par habitant-e de 15 ans ou plus était de 7,8 litres en 2022

73 Les chiffres officiels sont parfois corrigés sur base d'une estimation des ventes non-déclarées.

(Figure 2). Ce nombre abstrait correspond à 614 unités d'alcool (une moyenne de 1,7 unités par jour), soit par exemple à 150 litres de bière à 5,2° (soit 600 verres de 25 cl par an, ce qui correspond à 1,6 verres par jour), ou 65 litres de vin à 12° (soit environ 87 bouteilles de 75 cl ou encore 520 verres de 125 ml par an, ce qui correspond à 1,4 verre par jour). Cette moyenne est calculée en sommant et exprimant l'ensemble des quantités d'alcool vendues en litre d'alcool pur, divisé par le nombre d'habitantes du pays âgés de 15 ans ou plus. Elle est forcément une approximation de la réalité de la consommation moyenne puisqu'elle ne tient pas compte des achats transfrontaliers ainsi que de ceux liés au tourisme, ni de l'existence d'une proportion de non-consommateur-rices ou de consommateur-rices occasionnel-les. À l'inverse, les chiffres relatifs à certains pays sont surestimés (par exemple ceux du Luxembourg, dont les chiffres de vente sont surestimés en raison des achats transfrontaliers). Le nombre de litres d'alcool pur vendu en Belgique est en diminution progressive depuis une vingtaine d'années : il était de 11,0 litres/habitant-e en 2005, de 10,4 litres/habitant-e en 2015 et de 8,4 litres/habitant-e en 2020, contre 7,8 litres/habitant-e en 2022. Cette diminution est probablement en partie due à une augmentation des achats transfrontaliers, qui seraient nombreux et en hausse en

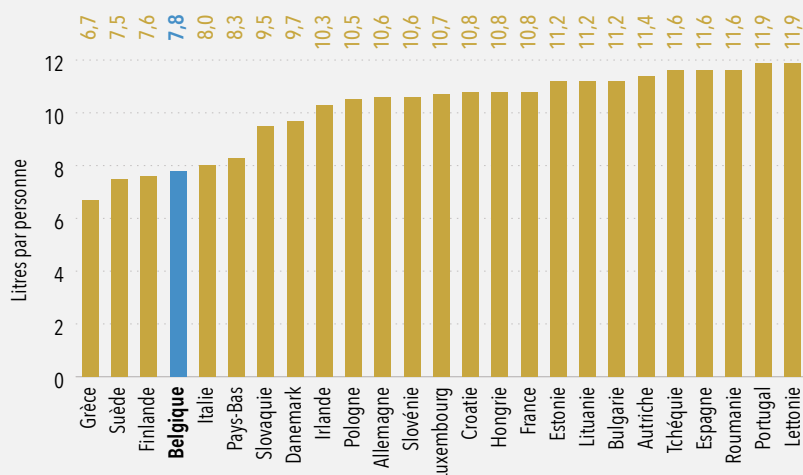
raison de l'augmentation régulière des accises<sup>74</sup>.

## LES DONNÉES DU GLOBAL HEALTH OBSERVATORY (GHO) DE L'OMS

L'indicateur du GHO utilisé ici est appelé APC (*Alcohol Per Capita*). L'OMS le définit comme une variable fournissant une mesure globale de l'alcool consommé par les adultes (âgés de 15 ans et plus) au cours d'une année civile, exprimée en litres d'alcool pur. Les valeurs d'APC totales sont des estimations modélisées issues de diverses sources de données (telles que les statistiques de production, d'importation, d'exportation, de ventes et de taxation), offrant ainsi une perspective synthétisée de la consommation d'alcool en Belgique. Cette mesure est souvent considérée comme une estimation plus fiable de la consommation d'alcool à l'échelle nationale, car elle inclut des ajustements pour la consommation non enregistrée. Toutefois, la prévalence de la consommation d'alcool non enregistrée reste mal comprise et peut varier selon les contextes (Manthey *et al.*, 2023). Bien que cet indicateur soit utile pour suivre les

74 Voir : Willems J-C. Accises sur l'alcool: un million de ménages belges vont acheter leurs boissons à l'étranger. Communiqué de presse, RTBF ; 19 juin 2017. URL : [https://www.rtbf.be/info/societe/onpdp/enquetes/detail\\_alcool-a-l-etranger-le-malheurdes-uns-fait-le-bonheur-des-autres?id=9633540](https://www.rtbf.be/info/societe/onpdp/enquetes/detail_alcool-a-l-etranger-le-malheurdes-uns-fait-le-bonheur-des-autres?id=9633540)

Figure 2. Nombre de litres d'alcool pur vendu chaque année par habitant-e de 15 ans et plus en Belgique et dans d'autres pays européens en 2022

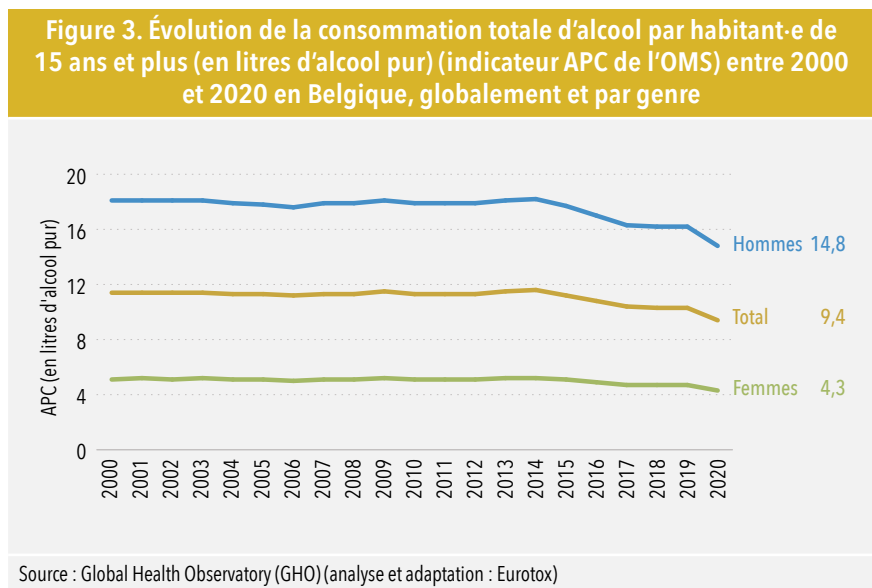


Source : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (analyse et adaptation : Eurotox)

tendances globales, il présente certaines limites, notamment l'absence de ventilation par région, tranche d'âge ou groupe socio-économique, ce qui empêche une analyse plus fine des habitudes de consommation au sein de la population (Poznyak *et al.*, 2014).

En 2020, la consommation d'alcool en Belgique, exprimée en litres d'alcool pur par personne âgée de 15 ans ou plus, était estimée à 9,4 litres (Figure 3). Cela représente une diminution de 19 % par rapport à 2014, où elle atteignait 11,6 litres, soit son niveau le plus élevé enregistré. Depuis cette année-là, la consommation

a connu une baisse continue, atteignant son niveau le plus bas en 2020. La consommation d'alcool est en moyenne trois fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, elle a connu des fluctuations entre 2000 et 2014, atteignant un pic de 18,2 litres en 2014, avant d'entamer une forte diminution, pour s'établir à 14,8 litres en 2020. En revanche, chez les femmes, la consommation est restée relativement stable entre 2000 et 2014, oscillant entre 5,0 et 5,2 litres, avant de connaître une légère baisse ces dernières années, atteignant 4,3 litres en 2020.



# ÉTAT DES LIEUX DE L'USAGE D'ALCOOL EN WALLONIE

## Note méthodologique :

Dans les analyses présentées dans cette section, la significativité statistique des différences observées entre groupes (par exemple, entre garçons et filles) a été testée au moyen du test du  $\chi^2$  de Pearson.

Dans les tableaux, les différences statistiquement significatives (au seuil de risque  $\alpha=5\%$ ) ont été indiquées à l'aide d'astérisques : «\*» signifie que la p-valeur de l'association est inférieure à 5 %, «\*\*» qu'elle est inférieure à 1 %, et «\*\*\*» inférieure à 0,1 %.

Sur la plupart des figures, les prévalences sont présentées avec leur intervalle de confiance à 95 %. Cela signifie que si l'étude était répétée plusieurs fois avec des échantillons différents de la même population, 95 % des intervalles calculés contiendraient la véritable valeur du paramètre. Les intervalles de confiance fournissent une mesure de la précision de l'estimation : des intervalles plus étroits indiquent des estimations plus précises. Lors de l'analyse des différences entre groupes, si les intervalles de confiance des estimations dans ces groupes se chevauchent, les estimations sont considérées comme comparables. En revanche, si les intervalles de confiance ne se chevauchent pas, cela suggère une différence statistiquement significative entre les groupes.

## 7.1

### L'USAGE D'ALCOOL CHEZ LES ÉLÈVES DE LA 5<sup>E</sup> ANNÉE DU PRIMAIRE À LA DERNIÈRE ANNÉE DU SECONDAIRE

Les données proviennent de l'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) de 2022, menée en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) par le Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES-ULB<sup>75</sup>) de l'École de Santé Publique de l'Université libre de Bruxelles. Il s'agit d'une enquête transversale internationale, conduite tous les quatre ans sous l'égide du Bureau Régional de l'OMS pour l'Europe, à laquelle participent près de 50 pays ou régions. Le questionnaire de l'enquête comporte des questions relatives aux comportements de santé des adolescent-es (alimentation, activité physique, tabagisme, etc.), leur bien-être (satisfaction à l'égard de la vie, bien-être émotionnel, etc.), leur état de santé (symptômes psychosomatiques, corpulence, etc.) et les facteurs associés à ces indicateurs (caractéristiques sociodémographiques, scolaires, familiales etc.). La méthodologie de l'enquête, y compris le questionnaire, suit un protocole standardisé<sup>76</sup> au niveau international.

Une procédure d'échantillonnage aléatoire stratifiée en deux étapes<sup>77</sup> a été utilisée. Premièrement, les écoles ont été sélectionnées au hasard à partir de la liste officielle des écoles d'enseignement ordinaire

de plein exercice, stratifiée par province (les cinq provinces wallonnes et Bruxelles) et par réseau d'enseignement (officiel, libre et organisé par la FWB), en utilisant une allocation proportionnelle à la taille de la population scolaire de chaque province et de chaque réseau. Un sur-échantillonnage de la région de Bruxelles-Capitale a été effectué afin de permettre la réalisation d'analyses spécifiques à cette région. La procédure d'échantillonnage des écoles a également tenu compte de la taille des écoles (en nombre d'élèves), les écoles de plus grande taille ayant une plus grande probabilité d'être sélectionnées (échantillonnage avec probabilité proportionnelle à la taille). Sur les 893 écoles invitées à participer, 237 ont pris part à l'enquête (120 implantations primaires et 117 implantations secondaires), soit un taux de participation de 26,5 %. Dans un second temps, une classe par niveau scolaire a été sélectionnée au hasard dans les écoles participantes.

En FWB, trois versions de questionnaire ont été utilisées, incluant ou non certaines thématiques ou questions selon l'année scolaire des répondant-es : une version pour les élèves de 5<sup>e</sup>-6<sup>e</sup> primaire, une pour ceux et celles de 1<sup>re</sup>-2<sup>e</sup> secondaire (1<sup>er</sup> degré) et une pour ceux et celles de 3<sup>e</sup>-7<sup>e</sup> secondaire (2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> degrés). Les questions relatives à l'usage de substances psychoactives ne sont pas systématiquement posées à l'ensemble des élèves. Par exemple, certains comportements, tels que le *binge drinking*, ne sont étudiés qu'à partir de la 3<sup>e</sup> secondaire. Les questionnaires ont été remplis, sur papier ou en ligne, par les élèves lorsqu'ils-elles étaient en classe, sous la surveillance d'un membre du personnel scolaire, en suivant une procédure standardisée assurant anonymat et confidentialité des réponses.

Des coefficients de pondération ont été calculés afin d'améliorer la représentativité des estimations par rapport à la population cible de l'enquête (c'est-à-dire la population scolaire de FWB de la 5<sup>e</sup> primaire à la fin du secondaire). Ces pondérations tiennent compte des probabilités d'inclusion

75 Site internet du SIPES : <https://sipes.esp.ulb.be/>

76 Une version abrégée du protocole international contenant des informations détaillées sur la méthodologie est disponible sur demande sur le site : <https://hbcs.org/publications/survey-protocols/>

77 La méthodologie et les résultats de l'enquête HBSC 2022 sont disponibles sur le site internet du SIPES à l'adresse suivante : <https://sipes.esp.ulb.be/publications/enquetes-hbcs/enquete-hbcs-2022>

initiales, des taux de participation inégaux selon les strates ainsi que des caractéristiques des élèves et des écoles ayant effectivement participé à l'enquête. Les coefficients de pondération ainsi que le plan d'échantillonnage ont été pris en compte dans les estimations de prévalences présentées dans cette section.

Enfin, il convient d'insister sur le fait que cette enquête n'inclut pas les élèves de l'enseignement spécialisé, ni celles et ceux bénéficiant d'une formation d'apprentissage professionnalisante (e.g. formation en alternance). Les jeunes pris-es en charge dans une institution publique de protection de la jeunesse (IPPJ) ainsi que les élèves en décrochage scolaire ne sont pas non plus représentés. Ces jeunes étant plus fréquemment porteur-euses de fragilités ou évoluant davantage dans des milieux susceptibles de favoriser l'usage de substances psychoactives, nous avons de bonnes raisons de penser que les constats issus de l'enquête HBSC sous-estiment l'ampleur réelle des consommations à l'échelle de toutes les jeunes wallon-nes, et ne sont pas extrapolables à ces populations non sondées.

### 7.1.1 L'EXPÉRIMENTATION DE L'ALCOOL

En 2022, en Région wallonne, un-e élève sur deux (51,8 %) a déclaré avoir déjà consommé de l'alcool au cours de sa vie.

La prévalence de l'expérimentation de l'alcool variait significativement en fonction de l'âge : elle atteignait 19,9 % chez les 10-12 ans, 44,0 % chez les 13-14 ans, 69,8 % chez les 15-16 ans et 79,2 % chez les 17 ans (Figure 4). Une différence selon le genre n'était observée que dans le groupe des 10-12 ans : 24,6 % chez les garçons contre 15,1 % chez les filles.

Dans le 2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> degré du secondaire, la proportion d'élèves wallon-nes ayant déclaré avoir déjà consommé de l'alcool était plus faible dans l'enseignement professionnel (63,6 %) par rapport à l'enseignement général et technique de transition (73,9 %) et l'enseignement technique de qualification (80,2 %) (données non présentées). Parmi les élèves du secondaire ayant déclaré avoir déjà consommé de l'alcool, l'âge moyen d'expérimentation de l'alcool était de 13,8 ans (13,7 chez les garçons et 13,9 chez les filles) (Tableau 4).

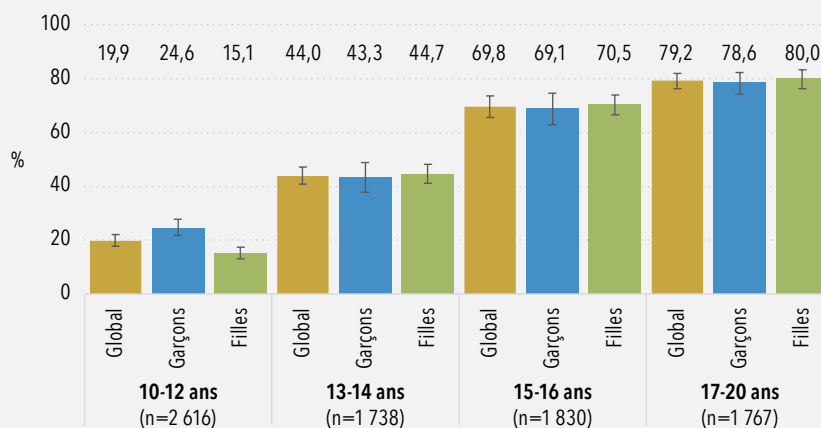
### 7.1.2 L'EXPÉRIMENTATION DE L'IVRESSE

Globalement, un peu plus d'un-e jeune wallon-ne sur deux (52,7 %) ayant déjà consommé de l'alcool avait également déjà été ivre au cours de sa vie. Cette proportion augmentait significativement avec l'âge : 16,5 % chez les 10-12 ans, 28,6 % chez

les 13-14 ans, 52,1 % chez les 15-16 ans et 76,0 % chez les 17-20 ans (Figure 5). Aucune différence significative n'était observée selon le genre.

Dans le 2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> degré du secondaire, la proportion d'élèves wallon-nes ayant expérimenté l'ivresse était plus faible dans l'enseignement général et technique

Figure 4. Proportions d'élèves wallon-nes ayant consommé de l'alcool au moins un jour dans leur vie, globalement et en fonction du genre et de l'âge (n=7 951)



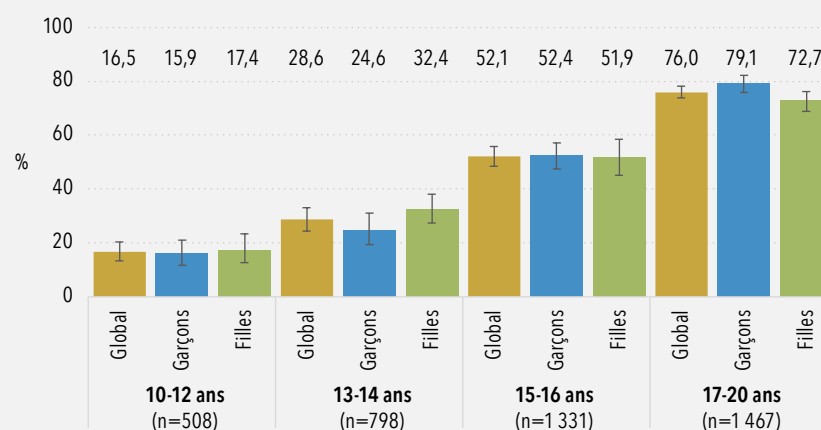
Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

Tableau 4. Âges moyens (intervalles de confiance à 95 %) et médians (P25-P75) d'expérimentation de l'alcool chez les élèves de Wallonie

|         | n     | Âge moyen (intervalle de confiance à 95 %) | Âge médian (P25-P75) |
|---------|-------|--|----------------------|
| Global  | 3 485 | 13,8 ans (13,7-13,9)                       | 14 ans (13-15)       |
| Garçons | 1 638 | 13,7 ans (13,6-13,9)                       | 14 ans (12-15)       |
| Filles  | 1 847 | 13,9 ans (13,8-14,0)                       | 14 ans (13-15)       |

Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

Figure 5. Proportions d'élèves ayant été ivres au moins un jour dans leur vie, parmi ceux-celles ayant déjà consommé de l'alcool, globalement et en fonction du genre et de l'âge (n=4 104)



Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

de transition (55,8 %) par rapport à l'enseignement professionnel (68,3 %) et à l'enseignement technique de qualification (72,6 %) (données non présentées).

### 7.1.3 LA CONSOMMATION D'ALCOOL AU COURS DES 30 JOURS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE

Les élèves de la 5<sup>e</sup> primaire à la dernière année du secondaire ont été interrogés sur leur consommation d'alcool au cours du mois précédant l'enquête. Il en ressort que 61,2 % n'avaient pas consommé de l'alcool tandis que 31,8 % avaient déclaré en avoir consommé entre 1 et 9 jours et 7,0 % au moins 10 jours ou plus.

La proportion d'élèves ayant consommé de l'alcool au moins un jour au cours du mois précédant l'enquête augmentait avec l'âge. Elle s'élevait à 7,5 % chez les 10-12 ans, 28,8 % chez les 13-14 ans, 54,0 % chez les 15-16 ans et 69,4 % chez les 17-20 ans (Figure 6). Il n'y avait pas de différence significative entre garçons et filles.

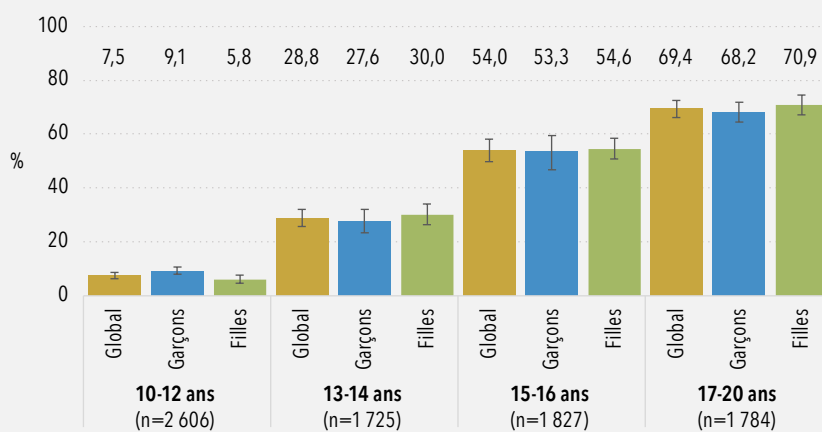
Dans le 2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> degré du secondaire, les élèves de l'enseignement professionnel étaient proportionnellement moins nombreux à avoir consommé de l'alcool au moins un jour au cours du mois précédant l'enquête (51,2 %) que ceux-celles de l'enseignement général et technique de transition (60,0 %) ou de l'enseignement technique de qualification (69,2 %) (données non présentées).

### 7.1.4 L'IVRESSE AU COURS DES 30 JOURS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE

Parmi les jeunes wallon-nés ayant déjà consommé de l'alcool, 15,4 % ont déclaré avoir été ivres une fois au cours du mois précédant l'enquête, 9,8 % entre 2 et 9 jours et 1,0 % 10 jours ou plus.

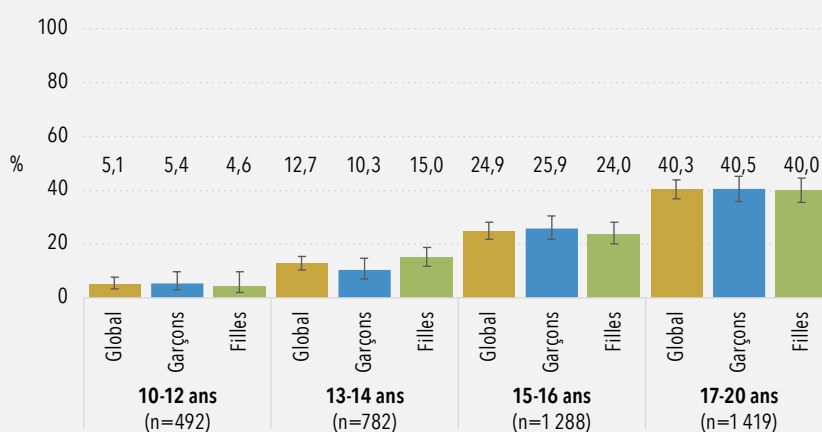
La proportion d'élèves ayant été ivre au moins une fois au cours du mois précédant l'enquête augmentait avec l'âge : elle était de 5,1 % chez les 10-12 ans, de 12,7 % chez les 13-14 ans, de 24,9 % chez les 15-16 ans et 40,3 % chez les 17-20 ans (Figure 7). Les proportions ne variaient ni selon le genre (Figure 7) ni selon la filière d'enseignement (données non présentées).

Figure 6. Proportions d'élèves ayant consommé de l'alcool au moins un jour au cours du mois précédant l'enquête, globalement et en fonction du genre et de l'âge (n=7 942)



Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

Figure 7. Proportions d'élèves ayant été ivres au moins une fois au cours du mois précédant l'enquête, parmi ceux-celles ayant déjà consommé de l'alcool, globalement et en fonction du genre et de l'âge (n=3 981)



Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

### 7.1.5 LA CONSOMMATION HEBDOMADAIRE D'ALCOOL

Seul-es les élèves du secondaire ont été invité-es à renseigner la fréquence à laquelle ils-elles consommaient de la bière, du vin, des alcools forts (eau de vie, cocktail, whisky, pastis ...), des mélanges de soda avec alcool (Bacardi Breezer®, Smirnoff Ice® ...) et toute autre boisson avec de l'alcool.

Les résultats montrent que, tout type de boissons alcoolisées confondues, 16,5 % des adolescent-es ont déclaré consommer de l'alcool de manière hebdomadaire (Tableau 5). Cette proportion était plus élevée chez les garçons (18,2 %) et chez les jeunes de 15-20 ans (24,2 %) par rapport aux filles (14,7 %) et aux jeunes de 11-14 ans (3,8 %). Les garçons étaient proportionnellement plus nombreux que les filles à déclarer avoir bu de la bière ou du vin au moins une fois par semaine. Indépendamment du genre et

de l'âge, la bière était la boisson alcoolisée la plus fréquemment consommée (13,5 %) tandis que le vin était la moins consommée (3,2 %).

En 2022, la proportion de jeunes wallonnes ayant déclaré consommer de l'alcool au moins un jour par semaine ne variait pas significativement selon le genre, à l'exception des 17-20 ans, où elle était légèrement plus élevée chez les garçons (34,1 %) que chez les filles (27,0 %) (Figure 8). Cette proportion augmentait avec l'âge, passant de 1,7 % chez les 10-12 ans à 4,3 % chez les 13-14 ans, puis à 16,8 % chez les 15-16 ans, pour atteindre 30,7 % chez les 17-20 ans.

Dans le 2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> degré du secondaire, elle était la plus élevée parmi les élèves de l'enseignement technique de qualification (27,6 %), comparativement à celle observée chez les élèves de l'enseignement

professionnel (19,7 %). Aucune différence significative n'était observée entre les élèves de l'enseignement général (21,0 %) et celles et ceux des autres filières (données non présentées).

### 7.1.6 LE BINGE DRINKING

Le *binge drinking*, ou consommation excessive d'alcool ponctuelle, se définit comme la consommation d'une grande quantité d'alcool en une seule occasion, souvent dans un laps de temps relativement court. Dans l'enquête HBSC, cette pratique est définie comme le fait de boire au moins quatre verres d'alcool en moins de deux heures, habituellement lors des jours de consommation. Cette définition implique que l'indicateur repose sur des comportements récurrents et ne capte pas les consommations excessives occasionnelles, ce qui conduit probablement

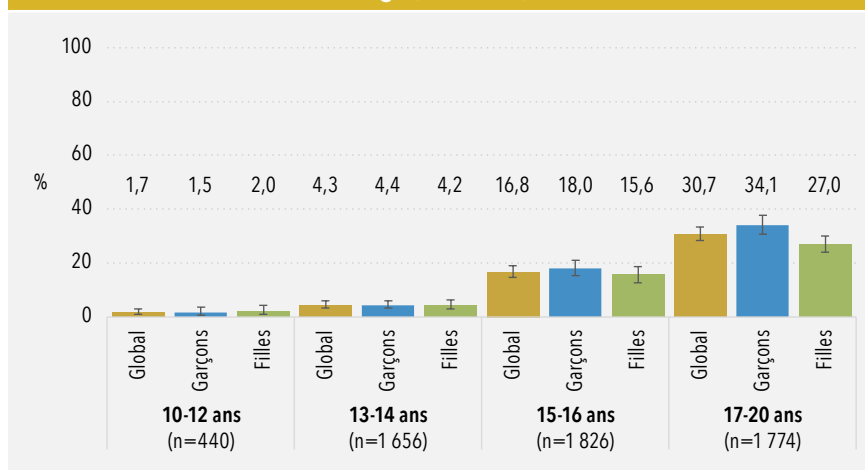
Tableau 5. Distribution (%) des élèves du secondaire selon le type de boisson alcoolisée consommée de manière hebdomadaire, globalement et en fonction du genre et de l'âge

|                        | Global |      | Genre   |      |        |      | Âge       |       |           |       |      |     |
|------------------------|--------|------|---------|------|--------|------|-----------|-------|-----------|-------|------|-----|
|                        |        |      | Garçons |      | Filles |      | 11-14 ans |       | 15-20 ans |       | p    |     |
|                        | n      | %    | n       | %    | n      | %    | p         | n     | %         | n     |      | %   |
| Tous alcools confondus | 5 696  | 16,5 | 2 682   | 18,2 | 3 014  | 14,7 | **        | 2 096 | 3,8       | 3 600 | 24,2 | *** |
| Bière                  | 5 841  | 13,5 | 2 748   | 16,2 | 3 093  | 10,8 | ***       | 2 141 | 2,7       | 3 700 | 20,0 | *** |
| Vin                    | 5 805  | 3,2  | 2 726   | 3,8  | 3 079  | 2,6  | *         | 2 134 | 0,9       | 3 671 | 4,6  | *** |
| Alcools forts          | 5 799  | 5,4  | 2 730   | 5,6  | 3 069  | 5,2  | NS        | 2 128 | 1,0       | 3 671 | 8,1  | *** |
| Mélanges soda-alcool   | 5 826  | 6,0  | 2 740   | 6,0  | 3 086  | 6,1  | NS        | 2 137 | 1,6       | 3 689 | 8,7  | *** |
| Autres alcools         | 5 803  | 6,5  | 2 726   | 7,0  | 3 077  | 6,0  | NS        | 2 133 | 1,6       | 3 670 | 9,4  | *** |

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001. NS : pas de différence statistiquement significative.

Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

Figure 8. Proportions d'élèves du secondaire ayant consommé de l'alcool de manière hebdomadaire, globalement et en fonction du genre et de l'âge (n=5 696)



Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

à une sous-estimation de l'ampleur réelle du *binge drinking*. En 2022, les questions visant à estimer la fréquence de *binge drinking* n'ont été posées qu'aux élèves du 2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> degré du secondaire.

Les analyses ont montré que ce comportement concernait 21,3 % des jeunes wallonnes, avec une prévalence plus élevée chez les garçons (28,9 %) que chez les filles (13,7 %) (Figure 9). Il était significativement moins fréquent chez les élèves de l'enseignement général et technique de transition (17,7 %) que chez ceux-celles de l'enseignement technique de qualification (25,8 %) ou professionnel (26,7 %) (données non présentées). Parmi les 21,3 % de jeunes concernés par le *binge drinking*, 68,0 % déclaraient le pratiquer au moins une fois par mois.

### 7.1.7 ÉVOLUTIONS

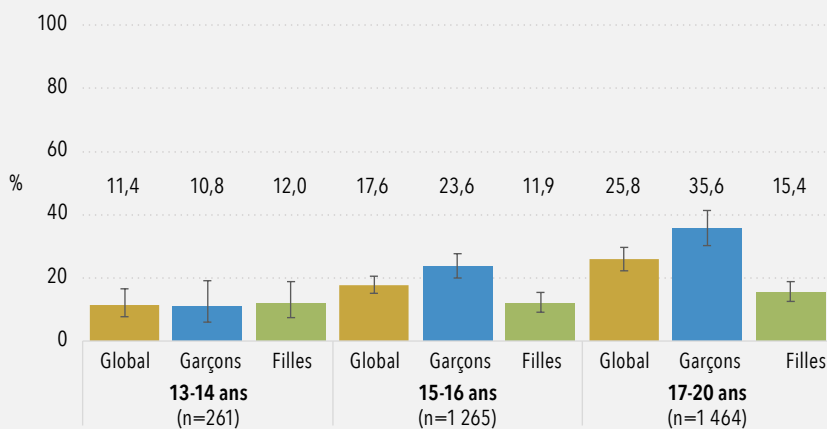
Lorsque l'on examine l'évolution des prévalences de l'expérimentation de l'alcool et de l'ivresse, et de la consommation d'alcool au cours du mois précédant l'enquête chez les élèves scolarisés en Wallonie, une tendance générale à la baisse se dégage pour ces trois comportements (Tableau 6). Toutefois, la consommation hebdomadaire d'alcool a connu une hausse entre 2014 et 2018, avant de diminuer entre 2018 et 2022, retrouvant ainsi un niveau similaire à celui de 2014. L'ivresse au cours du mois précédant l'enquête reste relativement stable au fil des trois enquêtes. En revanche, la pratique du *binge drinking*, semble avoir progressé entre 2018 et 2022.

Ces prévalences doivent être ici interprétées avec précaution car elles n'ont pas été standardisées ni pondérées. Cela signifie qu'elles n'ont pas été ajustées pour tenir

compte des éventuelles différences dans la composition des échantillons entre les différentes années d'enquête, ni pour refléter la structure de la population générale. En conséquence, les variations observées entre les années peuvent refléter des différences dans la composition des échantillons plutôt que des changements réels dans les comportements à l'échelle de la population étudiée.

Malgré ces limites méthodologiques, la diminution observée de la consommation d'alcool chez les adolescent-es apparaît vraisemblablement comme une évolution réelle des comportements, et non comme un simple artefact statistique. En effet, cette tendance à la baisse est également documentée de manière convergente dans la majorité des pays participant aux enquêtes internationales. Les données internationales de l'enquête HBSC montrent ainsi, chez les jeunes de 15 ans, une diminution de l'expérimentation de l'alcool ainsi que de la consommation au cours du mois précédant l'enquête entre 2018 et 2022 dans la plupart des pays (Charrier *et al.*, 2024). De même, l'enquête *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD), une enquête scolaire européenne menée régulièrement auprès des élèves de 15-16 ans afin de suivre les usages de substances psychoactives, met en évidence une baisse durable de la consommation d'alcool chez les jeunes Européen-nes depuis le début des années 2000 (ESPAD, 2019).

Figure 9. Proportions d'élèves du 2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> degré du secondaire pratiquant le *binge drinking*, en fonction du genre et de l'âge (n=2 990)



Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

Tableau 6. Évolution des prévalences<sup>a</sup> de différents comportements liés à la consommation d'alcool, entre les enquêtes HBSC de 2014, 2018 et 2022

|  | 2014 | 2018 | 2022 |
|--|------|------|------|
| Expérimentation de l'alcool                                | 60,2 | 50,8 | 49,7 |
| Expérimentation de l'ivresse <sup>b</sup>                  | 55,2 | 52,4 | 51,4 |
| Consommation d'alcool au cours du mois précédant l'enquête | 44,3 | 36,2 | 37,3 |
| Ivresse au cours du mois précédant l'enquête <sup>b</sup>  | 22,7 | 23,4 | 24,4 |
| Consommation hebdomadaire d'alcool <sup>c</sup>            | 16,3 | 18,0 | 15,9 |
| <i>Binge drinking</i> <sup>d,e</sup>                       |      | 14,6 | 20,3 |

a Prévalences non standardisées ; analyses non pondérées

b Uniquement parmi ceux-celles ayant déjà bu de l'alcool

c Uniquement chez les élèves du secondaire

d Uniquement chez les élèves du 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> degré du secondaire

e Le *binge drinking* a été défini par le fait de boire au moins quatre verres d'alcool en moins de deux heures, habituellement lors des jours de consommation.

Source : HBSC 2014, 2018 et 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

### 7.1.8 LA POLYCONSOMMATION

Il n'existe pas de définition univoque de la polyconsommation. En outre, ce terme recouvre différentes pratiques répondant à des motivations variées (maximisation des effets recherchés, minimisation des effets indésirables, opportunisme, polydépendance, etc.). Dans une acception large, elle peut être définie comme une pratique qui consiste à consommer plusieurs produits, de manière combinée ou successive, sur une période déterminée. La polyconsommation est considérée comme une pratique à risque en raison de l'augmentation de la probabilité d'interactions pharmacologiques, susceptibles d'entraîner des complications somatiques (hyperthermie, accident vasculaire cérébral, troubles cardiaques, dépression respiratoire, etc.), de l'altération des comportements induite par les effets

combinés des substances, qui accroît le risque d'accidents, ainsi que de la possibilité d'une polydépendance, laquelle intensifie les impacts biopsychosociaux et complexifie la prise en charge.

La polyconsommation n'étant pas directement explorée dans l'enquête HBSC, nous avons élaboré une série d'indicateurs en croisant les réponses auto-rapportées aux questions sur l'expérimentation de l'alcool, du tabac, de la cigarette électronique, du cannabis et d'autres drogues<sup>78</sup> pour la figure 10 et le tableau 7, ainsi que sur la consommation hebdomadaire d'alcool, de tabac et de cannabis pour la figure 11 et le tableau 8.

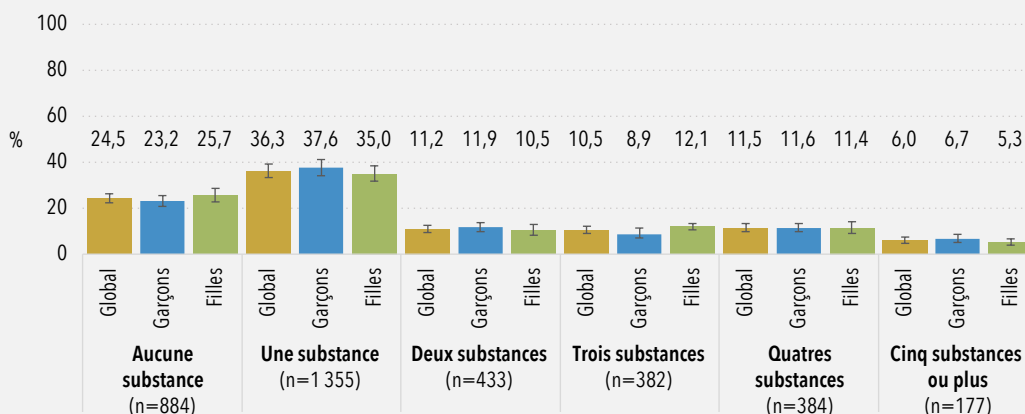
78 Prévalences de l'expérimentation de drogues autres que le cannabis et de médicaments utilisés de façon détournée chez les élèves du 2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> degré du secondaire scolarisés en Wallonie : 3,2 % pour le protoxyde d'azote, 2,2 % pour l'ecstasy/MDMA, 2,9 % pour les nouvelles substances psychoactives, 1,6 % pour le LSD/autres hallucinogènes, 1,4 % pour la kétamine, 1,1 % pour le speed/amphétamines, 1,9 % pour la cocaïne, 2,9 % pour la colle/autres solvants, 0,4 % pour le GHB/GBL, 1,0 % pour les opiacés, 4,2 % pour les médicaments anti-douleurs, 3,1 % pour les médicaments tranquillisants, 1,0 % pour les médicaments stimulants, 0,4 % pour les autres drogues (lean, snus, antihistaminiques, anti-dépresseurs).

## A) LA POLYCONSOMMATION AU COURS DE LA VIE

En 2022, un quart des élèves (24,5 %) du 2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> degré du secondaire scolarisé-es en Wallonie n'avaient expérimenté aucune substance psychoactive au cours de leur vie (Figure 10). Parmi les trois quart restants, 36,3 % avaient expérimenté une substance, 11,2 % deux substances, 10,5 % trois substances, 11,5 % quatre substances, et 6,0 % cinq substances ou plus. Les proportions étaient similaires entre les garçons et les filles.

La proportion d'élèves ayant expérimenté au moins deux substances psychoactives au cours de leur vie était plus élevée dans l'enseignement technique de qualification

Figure 10. Proportions des élèves du 2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> degré du secondaire scolarisé-es en Wallonie selon le nombre de substances expérimentées, globalement et en fonction du genre (n=3 615)



Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

Tableau 7. Distribution (%) des élèves scolarisé-es en Wallonie selon la combinaison de substances psychoactives expérimentées, globalement et en fonction du genre et de l'âge

|   | Global |      | Genre   |      |        |      | Âge      |       |          |       |      |     |
|---|--------|------|---------|------|--------|------|----------|-------|----------|-------|------|-----|
|   |        |      | Garçons |      | Filles |      | < 17 ans |       | ≥ 17 ans |       | p    |     |
|   | n      | %    | n       | %    | n      | %    | n        | %     | n        | %     |      |     |
| Alcool et tabac                                       | 7 843  | 17,9 | 3 760   | 17,3 | 4 083  | 18,6 | NS       | 6 095 | 10,9     | 1 748 | 38,4 | *** |
| Alcool et cigarette électronique                      | 7 799  | 20,1 | 3 751   | 19,8 | 4 048  | 20,4 | NS       | 6 065 | 13,9     | 1 734 | 38,3 | *** |
| Alcool et cannabis <sup>a</sup>                       | 3 914  | 24,4 | 1 826   | 26,3 | 2 088  | 22,5 | NS       | 2 164 | 14,4     | 1 750 | 35,2 | *** |
| Alcool et autre drogue <sup>a,b</sup>                 | 3 724  | 7,1  | 1 726   | 7,6  | 1 998  | 6,5  | NS       | 2 071 | 4,9      | 1 653 | 9,4  | *** |
| Tabac et cigarette électronique                       | 7 890  | 14,6 | 3 779   | 14,5 | 4 111  | 14,7 | NS       | 6 123 | 9,2      | 1 767 | 30,4 | *** |
| Tabac et cannabis <sup>a</sup>                        | 3 977  | 21,2 | 1 850   | 22,1 | 2 127  | 20,2 | NS       | 2 186 | 12,8     | 1 791 | 30,1 | *** |
| Tabac et autre drogue <sup>a,b</sup>                  | 3 782  | 6,2  | 1 747   | 6,5  | 2 035  | 5,8  | NS       | 2 093 | 4,1      | 1 689 | 8,4  | *** |
| Cigarette électronique et cannabis <sup>a</sup>       | 3 946  | 19,5 | 1 839   | 21,3 | 2 107  | 17,6 | NS       | 2 176 | 12,0     | 1 770 | 27,5 | *** |
| Cigarette électronique et autre drogue <sup>a,b</sup> | 3 756  | 5,7  | 1 738   | 6,1  | 2 018  | 5,3  | NS       | 2 085 | 3,9      | 1 671 | 7,7  | *** |
| Cannabis et autre drogue <sup>a,b</sup>               | 3 810  | 6,3  | 1 756   | 7,0  | 2 054  | 5,6  | NS       | 2 107 | 3,6      | 1 703 | 9,2  | *** |

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001. NS : pas de différence statistiquement significative.

a Uniquement chez les élèves du 2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> degré du secondaire

b Les substances concernées sont décrites dans la note de bas de page n°78.

Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

(52,0 %) que dans l'enseignement général et technique de transition (33,8 %). En revanche, la proportion observée dans l'enseignement professionnel (39,5 %) ne différait pas significativement de celles relevées dans les deux autres filières. Avoir expérimenté cinq substances ou plus était plus fréquent dans la filière technique de qualification (10,5 %) que dans les filières générale et technique de transition (4,6 %) et professionnelle (4,2 %) (données non présentées).

Les combinaisons alcool-cannabis (24,4 %), tabac-cannabis (21,2 %), alcool-cigarette électronique (20,1 %), cigarette électronique-cannabis (19,5 %), alcool-tabac (17,9 %) et tabac-cigarette électronique (14,6 %) étaient les combinaisons de substances les plus fréquemment observées en 2022 (Tableau 7). Ces proportions variaient significativement en fonction de l'âge mais pas en fonction du genre. Sans surprise, les jeunes de 17 ans ou

plus étaient proportionnellement plus nombreux-ses à avoir expérimenté au moins deux substances psychoactives au cours de leur vie par rapport aux moins de 17 ans.

## B) LA POLYCONSOMMATION HEBDOMADAIRE

Sept élèves sur dix n'étaient pas concernés par la polyconsommation hebdomadaire d'alcool, de tabac et de cannabis (Figure 11). Les filles (75,9 %) étaient significativement plus nombreuses à n'avoir consommé aucune de ces substances de façon hebdomadaire, comparativement aux garçons (68,9 %). Près de 5 % (4,8 %) des élèves avaient consommé deux substances, tandis que 2,4 % avaient consommé de l'alcool, du tabac et du cannabis chaque semaine.

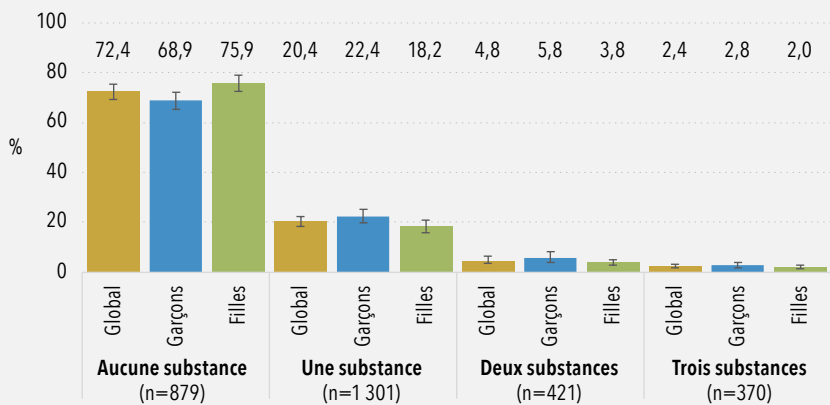
Les élèves de l'enseignement général et technique de transition (4,4 %) étaient

proportionnellement moins nombreux-ses à consommer au moins deux produits de façon hebdomadaire que ceux-celles de l'enseignement professionnel (10,2 %) ou de l'enseignement technique de qualification (11,7 %).

La proportion d'élèves consommant chaque semaine de l'alcool, du tabac et du cannabis était plus élevée dans l'enseignement professionnel (4,2 %) que dans l'enseignement général et technique de transition (1,2 %). En revanche, la proportion observée dans l'enseignement technique de qualification (3,7 %) ne différait pas significativement de celles relevées dans les deux autres filières (données non présentées).

Parmi les élèves du 2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> degré du secondaire, la polyconsommation hebdomadaire alcool-tabac (5,5 %) était la plus fréquemment observée suivie du tabac-cannabis (3,6 %) et de l'alcool-cannabis (2,9 %) (Tableau 8). Les jeunes de 17 ans et plus étaient plus nombreux-ses que leurs cadet-tes à consommer au moins deux substances psychoactives (alcool, tabac ou cannabis) de manière hebdomadaire. Les proportions ne variaient pas significativement selon le genre.

Figure 11. Proportions des élèves du 2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> degré du secondaire scolarisé-es en Wallonie selon le nombre de substances consommées de façon hebdomadaire, globalement et en fonction du genre (n=3 881)



Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

Tableau 8. Distribution (%) des élèves du 2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> degré du secondaire scolarisé-es en Wallonie selon la combinaison de substances psychoactives consommées de façon hebdomadaire, globalement et en fonction du genre et de l'âge

|                           | Global |     | Genre   |     |        |     |    | Âge      |     |          |     |     |
|---------------------------|--------|-----|---------|-----|--------|-----|----|----------|-----|----------|-----|-----|
|                           |        |     | Garçons |     | Filles |     | p  | < 17 ans |     | ≥ 17 ans |     | p   |
|                           | n      | %   | n       | %   | n      | %   |    | n        | %   | n        | %   |     |
| Alcool et tabac           | 3 906  | 5,5 | 1 816   | 6,0 | 2 090  | 5,0 | NS | 2 148    | 2,7 | 1 758    | 8,5 | *** |
| Alcool et cannabis        | 3 912  | 2,9 | 1 827   | 3,6 | 2 085  | 2,2 | NS | 2 151    | 1,6 | 1 761    | 4,3 | *** |
| Tabac et cannabis         | 4 015  | 3,6 | 1 868   | 4,4 | 2 147  | 2,8 | NS | 2 205    | 1,8 | 1 810    | 5,6 | *** |
| Alcool, tabac et cannabis | 3 881  | 2,4 | 1 809   | 2,8 | 2 072  | 2,0 | NS | 2 134    | 1,2 | 1 747    | 3,7 | *** |

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001. NS : pas de différence statistiquement significative.

Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

## L'USAGE D'ALCOOL CHEZ LES ÉTUDIANT-ES DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

Les données présentées proviennent d'une enquête menée auprès des étudiant-es de l'UCLouvain durant le premier quadrimestre de l'année académique 2022-2023. L'objectif était d'établir un état des lieux de leurs habitudes de consommation d'alcool et de drogues, ainsi que d'explorer certains éléments contextuels (motivations, impacts éventuels sur le quotidien, etc.).

L'ensemble des étudiant-es de l'UCLouvain – soit environ 33 000 personnes – ont été invité-es par mail à participer à cette enquête en ligne. Après exclusion des réponses incomplètes ou aberrantes, l'échantillon final se composait de 2 480 participant-es, dont 45 % d'hommes et 54 % de femmes, avec un âge moyen de 21 ans (min. = 16 ; max. = 64). Selon les auteur-rices de l'étude, cet échantillon serait représentatif de la population étudiante de l'UCLouvain.

Cependant, aucun plan d'échantillonnage probabiliste n'ayant été mis en place et les participant-es ayant été auto-sélectionné-es, des biais de sélection sont susceptibles d'avoir influencé les résultats. Ainsi, bien que la taille de l'échantillon permette de dégager certaines tendances intéressantes, il convient de faire preuve de prudence dans l'interprétation des données issues de cette enquête.

### 7.2.1 LES INDICATEURS DE CONSOMMATION D'ALCOOL

#### A) SCORE AUDIT

Le score AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test* ; Gache *et al.*, 2005) est un questionnaire standardisé développé par l'OMS pour évaluer la consommation d'alcool et les risques associés. Il se compose de 10 items couvrant la fréquence et l'intensité de la consommation, les signes de dépendance ainsi que les conséquences physiques et sociales. Le score total permet de classer les individus

selon différents niveaux de risque, allant d'une consommation à faible risque à une consommation problématique. Un score AUDIT compris entre 0 et 7 indique une consommation à faible risque, entre 8 et 15 une consommation à risque, entre 16 et 19 une consommation nocive, et un score entre 20 et 40 suggère une probable alcoolo-dépendance.

Parmi les 2 480 participant-es à l'enquête, le score moyen était de 10 (min. = 0 ; max. = 38), ce qui correspond, en moyenne, à une consommation à risque. Le score moyen était plus élevé chez les hommes que chez les femmes (12 contre 9).

Un peu plus de 2 étudiant-es sur 5 présentaient une consommation à faible risque (43,7 %), près d'un tiers une consommation à risque (32,4 %), 10,7 % une consommation nocive, et 13,2 % une probable alcoolo-dépendance.

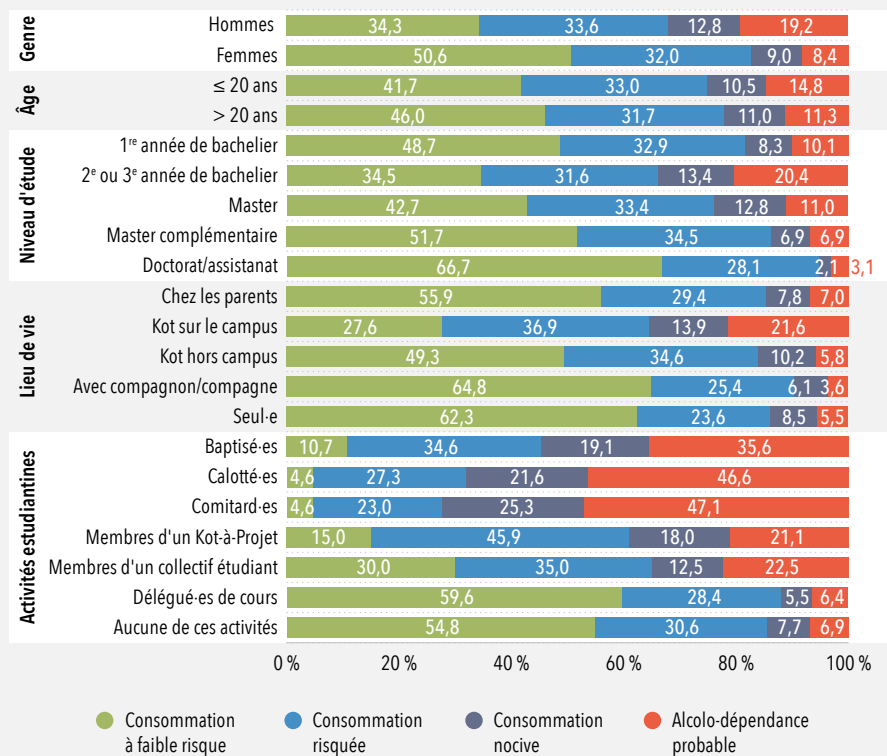
La **figure 12** présente la répartition des participant-es dans les quatre catégories de risque définies par le score AUDIT,

en fonction de diverses caractéristiques individuelles et sociales. Concernant le genre, les différences étaient importantes. Parmi les hommes, environ un tiers présentait une consommation à faible risque (34,3 %), un autre tiers une consommation à risque (33,6 %), et le dernier tiers une consommation nocive ou une probable alcoolo-dépendance (32,0 %). Chez les femmes, la moitié affichait une consommation à faible risque (50,6 %), tandis que la proportion de probable alcoolo-dépendance était nettement inférieure à celle des hommes (8,4 % contre 19,2 %).

La répartition des niveaux de risque AUDIT était relativement similaire selon l'âge, que les participant-es aient 20 ans ou moins ou soient plus âgé-es.

Des différences plus marquées apparaissaient en fonction du niveau d'étude. La prévalence d'une probable alcoolo-dépendance était de 20,4 % chez les étudiant-es en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> année de bachelier, soit une proportion deux fois plus élevée

**Figure 12. Répartition des étudiant-es dans les 4 catégories de risque définies par le score AUDIT, selon certaines caractéristiques individuelles et sociales**



Source : Enquête de 2022 sur la consommation d'alcool et d'autres substances chez les étudiant-es de l'UCLouvain (analyse et adaptation : Eurotox)

que chez ceux et celles en 1<sup>re</sup> année de bachelier (10,1 %). Cette proportion était plus faible parmi les étudiant-es en master (11,0 %) et très faible chez les doctorant-es ou assistant-es (3,1 %). La part d'étudiant-es présentant une consommation à faible risque était majoritaire parmi les personnes en master complémentaire, agrégation ou spécialisation, ou en doctorat (51,7 % et 66,7 %, respectivement), tandis qu'elle était inférieure à la moitié chez celles et ceux en master (42,7 %), en 1<sup>re</sup> année de bachelier (48,7 %) et en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> année de bachelier (34,5 %).

Le lieu de vie semblait également influencer les comportements de consommation. Les participant-es vivant en kot sur un campus universitaire présentaient les niveaux de risque les plus élevés : 36,9 % avaient une consommation à risque, 13,9 % une consommation nocive, et 21,6 % une probable alcoolo-dépendance. À l'inverse, les consommations à faible risque étaient plus fréquentes chez les personnes vivant seul-es (62,3 %), avec leur partenaire (64,8 %) ou chez leurs parents (55,9 %). Les étudiant-es en kot hors campus affichaient une situation intermédiaire (49,3 % à faible risque).

Enfin, l'implication dans des activités étudiantes était également associée à des niveaux de consommation plus élevés. Les baptisé-es, calotté-es, comitard-es, membres de Kots-à-Projet ou de collectifs étudiants<sup>79</sup> présentaient plus fréquemment des consommations problématiques. Parmi les baptisé-es, 35,6 % étaient dans la catégorie de l'alcoolo-dépendance probable. Ce taux atteignait 46,6 % chez les calotté-es et 47,1 % chez les comitard-es. À l'opposé, la part de consommation à faible risque dans ces groupes était très faible : 10,7 % chez les baptisé-es, et seulement 4,6 % chez les calotté-es et comitard-es.

79 Groupement des Cercles Louvanistes (GCL), collectif des Kots-à-Projet (Organe), Assemblée Générale des étudiant-es de Louvain (AGL), Fédération Wallonne des Régionales des étudiant-es de l'UCLouvain (FEDE), Coordination Générale des Etudiant-es Internationaux (CGEI).

## B) CONSOMMATION D'ALCOOL AU COURS D'UNE SEMAINE TYPE

Deux questions permettaient d'appréhender la consommation hebdomadaire d'alcool des étudiant-es. La première correspondait au premier item du questionnaire AUDIT, à savoir : «Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?».

Il apparaît qu'environ la moitié des répondant-es (49,5 %) ont consommé des boissons alcoolisées une fois par semaine ou moins durant cette période. Parmi eux-elles, 11,0 % n'ont pas bu d'alcool (H : 8,9 % ; F : 12,2 %), 11,0 % en ont consommé une fois par mois ou moins (H : 8,5 % ; F : 12,7 %) et 27,5 % ont bu de l'alcool entre deux et quatre fois par mois (H : 23,3 % ; F : 31,0 %) (Figure 13).

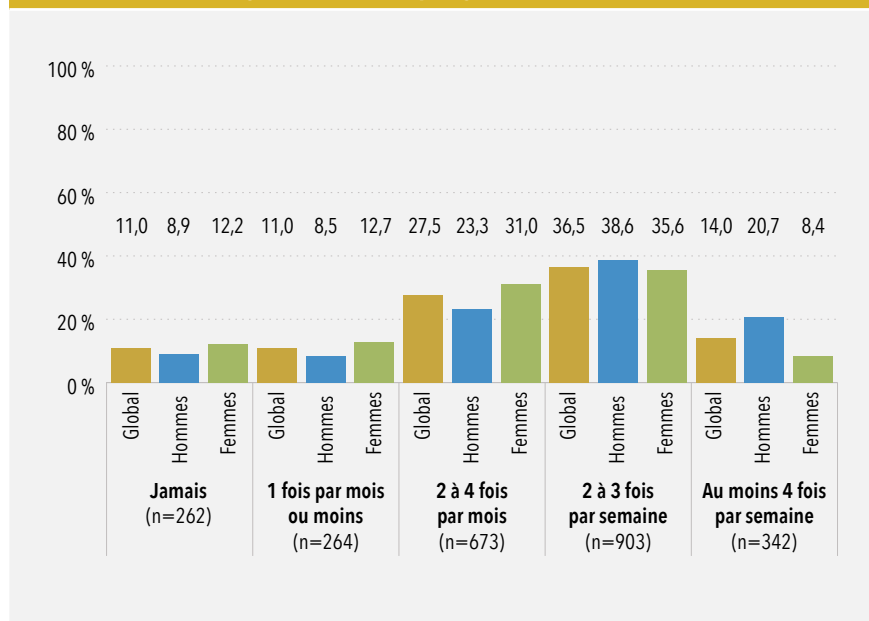
L'autre moitié des participant-es (50,5 %) a déclaré avoir consommé de l'alcool au moins deux fois par semaine, dont 36,5 % deux à trois fois par semaine (H : 38,6 % ; F : 35,6 %) et 14,0 % au moins quatre fois par semaine (H : 20,7 % ; F : 8,4 %).

La deuxième question permettant d'appréhender la consommation hebdomadaire était la suivante : «Au cours des 12 derniers mois, combien de verres standards d'alcool avez-vous consommés par jour au cours d'une semaine «type», c'est-à-dire en dehors des périodes de blocus, d'examen ou de vacances ?». Les étudiant-es étaient ainsi invité-es à indiquer, pour chacun des sept jours de la semaine, le nombre de verres consommés au cours d'une semaine typique.

Parmi les étudiant-es dont la consommation hebdomadaire totale ne dépassait pas 70 verres standards<sup>80</sup> et qui déclaraient consommer de l'alcool au moins quatre jours par semaine, 1,7 % rapportaient une consommation quotidienne (au moins un verre standard chaque jour de la semaine). Il s'agissait majoritairement d'hommes (73,2 %), d'étudiant-es inscrit-es en bachelier (64,3 %) et résidant dans un kot sur le campus (52,4 %).

80 Au-delà de 70 verres standards par semaine (seuil défini arbitrairement), les valeurs ont été considérées comme extrêmes et exclues des analyses descriptives.

Figure 13. Proportions d'étudiant-es selon la fréquence de consommation de boissons alcoolisées au cours des 12 mois précédant l'enquête, globalement et par genre (n=2 444)



Source : Enquête de 2022 sur la consommation d'alcool et d'autres substances chez les étudiant-es de l'UCLouvain (analyse et adaptation : Eurotox)

Les résultats présentés dans le **tableau 9** concernent un échantillon plus large : les étudiant-es ayant déclaré consommer de l'alcool au moins deux fois par mois au cours des 12 derniers mois et dont la consommation hebdomadaire totale ne dépassait pas 70 verres standards.

Parmi ces répondant-es, 93,8 % déclaraient avoir consommé au moins un verre standard au cours d'une semaine type. La consommation hebdomadaire moyenne s'élevait à 14,8 verres standards, avec une médiane de 10 verres. Autrement dit, la moitié des étudiant-es consommaient 10 verres ou moins par semaine, et l'autre moitié plus de 10 verres.

L'analyse par jour met en évidence une variation marquée selon le moment de la semaine. La prévalence de consommation d'au moins un verre standard variait de 22,2 % le dimanche à 53,8 % le samedi. En moyenne sur l'ensemble des jours, 39,7 % des étudiant-es déclaraient avoir consommé au moins un verre un jour donné.

Le jeudi était le jour où le nombre moyen de verres consommés était le plus élevé (3,8 verres standards), tandis que le dimanche présentait la consommation moyenne la plus faible (0,6 verre). La moyenne journalière de consommation (consommation hebdomadaire divisée par sept) était de 2,1 verres standards, avec une médiane de 1,4 verre.

Enfin, pour l'ensemble des indicateurs décrits, les écarts-types sont élevés, souvent proches ou supérieurs aux moyennes, traduisant une forte hétérogénéité des profils de consommation. Si une proportion importante d'étudiant-es rapporte des niveaux modérés, une autre partie déclare des quantités nettement plus élevées, contribuant à tirer les moyennes vers le haut.

Le **tableau 10** décrit la consommation d'alcool sur une semaine type en fonction du score AUDIT et de certaines caractéristiques sociales et individuelles. On observe d'importantes variations de consommation selon le niveau de risque AUDIT : les étudiant-es ayant une consommation à faible risque déclaraient en moyenne 3,5 verres standards par semaine, contre 13,1 pour les consommations risquées, 21,9 pour les consommations nocives, et jusqu'à 35,7 verres hebdomadaires en cas de probable alcoolo-dépendance. De

**Tableau 9. Statistiques descriptives de la consommation d'alcool par jour et sur une semaine type (n=1 889)<sup>a</sup>**

| Par jour                   | Prévalence de consommation d'au moins 1 verre standard (%) | Nombre moyen (déviat ion standard) de verres standards | Nombre médian (minimum - maximum) de verres standards |
|----------------------------|--|--|---|
| Lundi                      | 30,5   | 1,9 (3,8)  | 0 (0-25)  |
| Mardi                      | 36,8   | 2,2 (3,9)  | 0 (0-20)  |
| Mercredi                   | 39,4   | 2,4 (4,0)  | 0 (0-25)  |
| Jeudi                      | 45,0   | 3,8 (5,1)  | 1 (0-31)  |
| Vendredi                   | 50,3   | 2,0 (3,1)  | 1 (0-30)  |
| Samedi                     | 53,8   | 2,0 (3,0)  | 1 (0-20)  |
| Dimanche                   | 22,2   | 0,6 (1,6)  | 0 (0-15)  |
| <b>Total de la semaine</b> | <b>93,8</b>  | <b>14,8 (14,3)</b>                                     | <b>10,0 (0-70)</b>                                    |
| <b>Moyenne par jour</b>    | <b>39,7</b>  | <b>2,1 (2,0)</b>                                       | <b>1,4 (0-10)</b>                                     |

a Uniquement chez ceux et celles ayant consommé de l'alcool au moins deux fois par mois au cours des 12 derniers mois et ayant déclaré avoir bu, au total sur la semaine type, 70 verres standards au maximum.

Source : Enquête de 2022 sur la consommation d'alcool et d'autres substances chez les étudiant-es de l'UCLouvain (analyse et adaptation : Eurotox)

**Tableau 10. Consommation d'alcool sur une semaine type : prévalence et moyennes selon le score AUDIT ainsi que certaines caractéristiques individuelles et sociales<sup>a</sup>**

|   | Prévalence de consommation d'au moins 1 verre standard (%) | Nombre moyen (DS) de verres standards - Total de la semaine | Nombre moyen (DS) de verres standards - Moyenne par jour |
|---|--|---|--|
| <b>Score AUDIT</b>                                  |  |   |  |
| Consommation à faible risque                        | 86,0   | 3,5 (3,4)   | 0,5 (0,5)  |
| Consommation risquée                                | 95,9   | 13,1 (9,2)  | 1,9 (1,3)  |
| Consommation nocive                                 | 98,8   | 21,9 (11,6)   | 3,1 (1,7)  |
| Alcoolo-dépendance                                  | 99,3   | 35,7 (15,5)   | 5,1 (2,2)  |
| <b>Total</b>  | <b>93,8</b>  | <b>14,8 (14,3)</b>  | <b>2,1 (2,0)</b>   |
| <b>Genre</b>  |  |   |  |
| Hommes  | 94,0   | 19,0 (16,7)   | 2,7 (2,4)  |
| Femmes  | 93,9   | 11,2 (10,6)   | 1,6 (1,5)  |
| <b>Âge</b>  |  |   |  |
| ≤ 20 ans  | 93,8   | 15,8 (14,9)   | 2,2 (2,1)  |
| > 20 ans  | 93,9   | 13,7 (13,5)   | 2,0 (1,9)  |
| <b>Niveau d'étude</b>                               |  |   |  |
| 1 <sup>re</sup> année de bachelier                  | 91,7   | 12,7 (12,9)   | 1,8 (1,8)  |
| 2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> année de bachelier | 95,6   | 18,5 (15,9)   | 2,6 (2,3)  |
| Master  | 94,2   | 14,3 (13,6)   | 2,0 (2,0)  |
| Master complémentaire                               | 95,6   | 13,6 (13,5)   | 1,9 (1,9)  |
| Doctorat/assistantat                                | 92,3   | 6,1 (5,4)   | 0,9 (0,8)  |
| <b>Lieu de vie</b>                                  |  |   |  |
| Chez les parents                                    | 91,9   | 11,5 (11,7)   | 1,6 (1,7)  |
| Kot sur le campus                                   | 96,4   | 18,8 (15,6)   | 2,7 (2,2)  |
| Kot hors campus                                     | 92,9   | 11,1 (11,4)   | 1,6 (1,6)  |
| Avec son/sa partenaire                              | 91,7   | 7,9 (9,1)   | 1,1 (1,3)  |
| Seul-e  | 85,5   | 8,7 (10,5)  | 1,2 (1,5)  |
| <b>Activités estudiantines</b>                      |  |   |  |
| Baptisé-es  | 97,8   | 24,5 (16,8)   | 3,5 (2,4)  |
| Calotté-es  | 97,5   | 26,7 (16,2)   | 3,8 (2,3)  |
| Comitard-es   | 100  | 29,6 (16,3)   | 4,2 (2,3)  |
| Membres d'un Kot-à-Projet                           | 98,9   | 21,0 (14,1)   | 3,0 (2,0)  |
| Membres d'un "collectif" étudiant                   | 97,1   | 18,6 (15,2)   | 2,6 (2,2)  |
| Délégué-es de cours                                 | 97,4   | 10,8 (8,8)  | 1,5 (1,2)  |
| Aucune de ces activités                             | 91,6   | 10,9 (11,5)   | 1,6 (1,6)  |

a Uniquement chez ceux et celles ayant consommé de l'alcool au moins deux fois par mois au cours des 12 derniers mois et ayant déclaré avoir bu, au total sur la semaine type, 70 verres standards au maximum.

Source : Enquête de 2022 sur la consommation d'alcool et d'autres substances chez les étudiant-es de l'UCLouvain (analyse et adaptation : Eurotox)

même, la consommation quotidienne moyenne passait de 0,5 verre pour les consommations à faible risque à 5,1 verres en cas de dépendance probable. Ces résultats traduisent une forte intensification de la consommation en fonction du niveau de risque.

Les différences entre les genres sont également marquées. Bien que la proportion de consommateurs était similaire (environ 94 %), les hommes consommaient en moyenne 19 verres par semaine, soit près du double des femmes (11,2 verres). La moyenne quotidienne était également plus élevée chez les hommes (2,7 verres contre 1,6).

L'âge semble légèrement influencer les comportements : les étudiant-es de 20 ans ou moins consommaient en moyenne 15,8 verres standards par semaine, contre 13,7 pour les plus âgé-es. On observe également une variation selon le niveau d'étude. La consommation était la plus élevée en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> année de bachelier (18,5 verres par semaine) et la plus faible chez les doctorant-es et assistant-es (6,1 verres).

Le lieu de vie joue un rôle important dans l'intensité de la consommation. Les étudiant-es vivant en kot sur le campus présentaient la consommation hebdomadaire la plus élevée (18,8 verres), suivis par ceux et celles logeant hors campus (11,1 verres). À l'inverse, ceux et celles vivant chez leurs parents, seul-es ou avec leur partenaire avaient des consommations plus faibles (entre 7,9 et 11,5 verres par semaine).

Enfin, l'engagement dans des activités étudiantes influence fortement les niveaux de consommation. Les étudiant-es baptisé-es, calotté-es, comitard-es ou membres de cercles ou de Kots-à-Projet consommaient entre 21 et près de 30 verres par semaine. En comparaison, ceux-celles qui ne participaient à aucune de ces activités ou qui étaient délégué-es de cours consommaient environ 11 verres hebdomadaires.

Dans l'ensemble, ces résultats révèlent une très grande hétérogénéité des comportements, avec des écarts importants selon les profils. Les déviations standards élevées témoignent de cette dispersion des pratiques de consommation au sein de la population étudiante.

### C) VITESSE DE CONSOMMATION D'ALCOOL

Un peu plus de la moitié des étudiant-es (56,6 %) déclaraient consommer deux verres standards ou moins par heure lors de soirées (H : 41,8 % ; F : 68,8 %). Plus précisément, 10,8 % consommaient moins d'un verre par heure, 18,6 % un verre, 26,0 % deux verres, 21,3 % trois verres, 11,4 % quatre verres, et 11,0 % cinq verres ou plus par heure (Figure 14).

On observe une nette disparité selon le genre : les femmes étaient proportionnellement plus nombreuses à déclarer une consommation modérée (deux verres ou moins par heure), tandis que les hommes sont plus représentés dans les vitesses de consommation plus élevées.

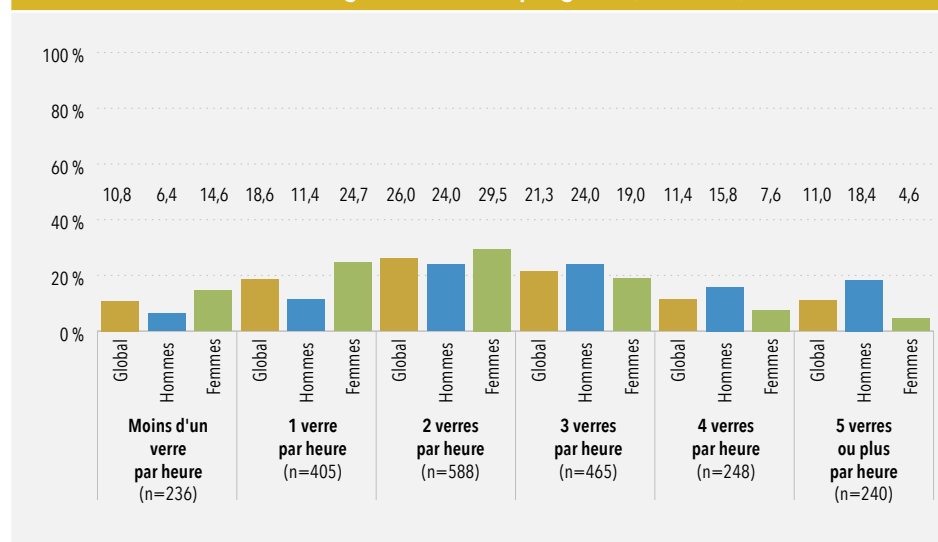
La figure 15 illustre la façon dont les différentes proportions du niveau de consommation (score AUDIT) varient selon la vitesse de consommation d'alcool en soirée. Les résultats révèlent un gradient très net : à mesure que la vitesse de consommation augmente, la proportion de personnes présentant un niveau de risque élevé lié à l'alcool s'accroît fortement.

Ainsi, parmi les étudiant-es consommant moins d'un verre par heure, la grande majorité présente une consommation à faible risque (94,5 %), tandis que les profils à risque ou plus sévères sont quasi absents.

À mesure que la vitesse de consommation augmente, la part de consommation modérée diminue progressivement au profit de niveaux de risque plus élevés. Dès une consommation de deux verres par heure, la catégorie de consommation à risque devient majoritaire (48,2 %), et cette tendance se confirme pour les vitesses supérieures.

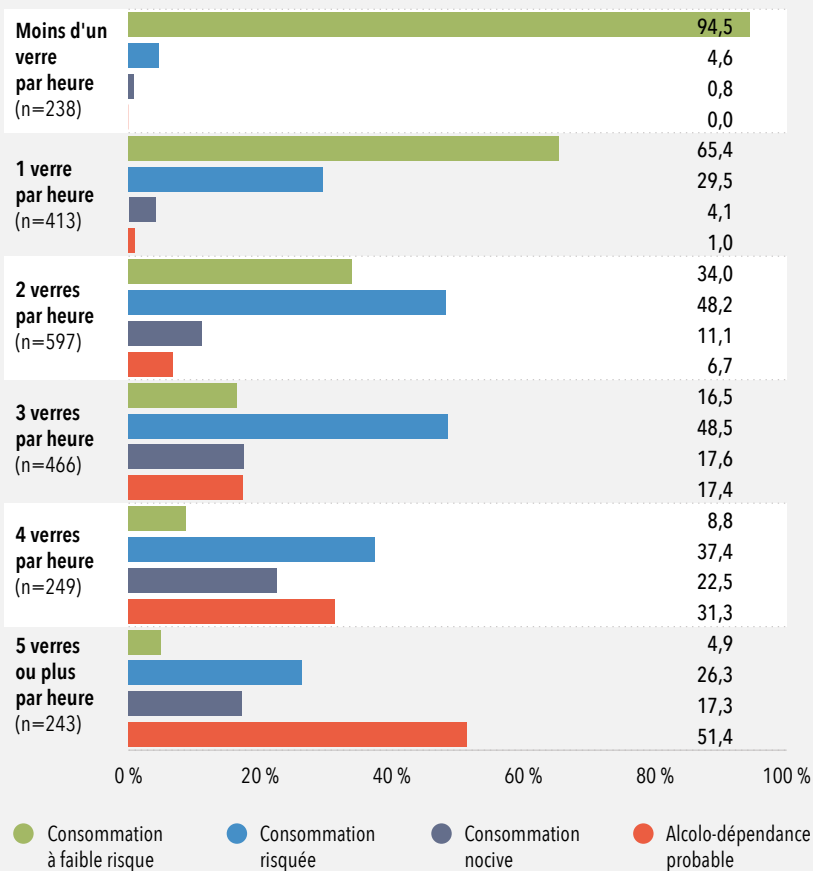
À partir de trois verres par heure, les profils se diversifient davantage, avec une augmentation marquée des consommations nocives et des situations de dépendance probable, qui représentent ensemble plus d'un tiers des cas. Ce phénomène s'accroît encore pour les vitesses les plus élevées : parmi les personnes consommant cinq verres par heure ou plus, plus de la moitié (51,4 %) présentent un score compatible avec une dépendance probable à l'alcool.

Figure 14. Proportions d'étudiant-es selon la vitesse de consommation d'un verre standard, globalement et par genre (n=2 182)



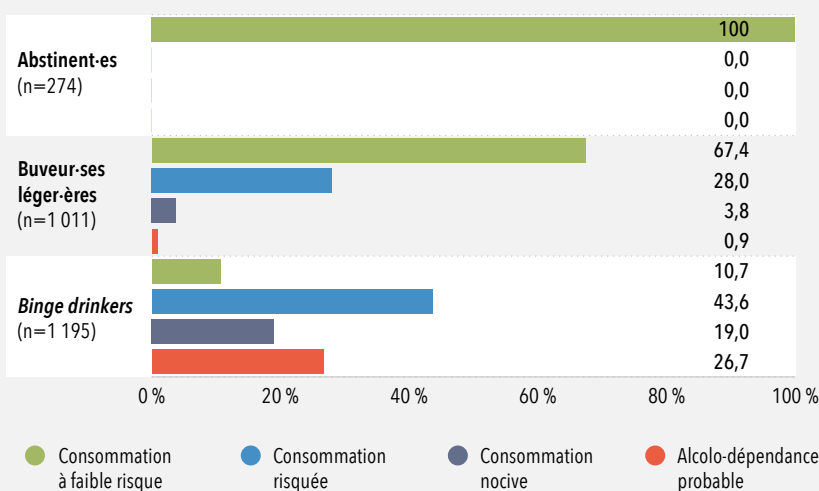
Source : Enquête de 2022 sur la consommation d'alcool et d'autres substances chez les étudiant-es de l'UCLouvain (analyse et adaptation : Eurotox)

**Figure 15. Répartition des niveaux de risque liés à l'alcool (score AUDIT) selon la vitesse de consommation (nombre de verres par heure) (n=2 206)**



Source : Enquête de 2022 sur la consommation d'alcool et d'autres substances chez les étudiant-es de l'UCLouvain (analyse et adaptation : Eurotox)

**Figure 16. Répartition des niveaux de risque liés à l'alcool (score AUDIT) selon les profils de consommation (abstinence, consommation légère, binge drinking) (n=2 480)**



Source : Enquête de 2022 sur la consommation d'alcool et d'autres substances chez les étudiant-es de l'UCLouvain (analyse et adaptation : Eurotox)

## D) BINGE DRINKING

Le *binge drinking* se caractérise par une consommation rapide et importante d'alcool dans un laps de temps court, visant à atteindre rapidement un état d'ébriété (Keller *et al.*, 2007). Cette pratique a été mesurée chez les étudiant-es de l'UCLouvain à l'aide d'un score proposé par Townshend et Duka (2005). Ce score<sup>81</sup> repose sur les réponses à trois dimensions : (1) la vitesse de consommation, (2) la fréquence des épisodes d'ivresse, et (3) la proportion d'occasions de consommation ayant mené à un état d'ivresse. Sur cette base, 11,0 % des étudiant-es ont été classé-es comme abstinent-es, 40,8 % comme buveur-ses légers-ères, et 48,2 % comme *binge drinkers*.

La **figure 16** présente la façon dont les proportions des différents niveaux de consommation (score AUDIT) varient selon les profils de *binge drinking* et met en évidence une forte association entre ces deux indicateurs ( $\rho$  de Spearman = 0,86). Les résultats montrent un gradient particulièrement marqué du niveau de risque en fonction du profil de consommation.

Sans surprise, l'ensemble des abstinent-es se situent dans la catégorie de consommation à faible risque. Parmi les buveur-euses légers-ères, la majorité présente également une consommation à faible risque (67,4 %), mais une proportion non négligeable relève déjà d'une consommation à risque (28,0 %), tandis que les formes plus sévères restent marginales.

En revanche, le profil des *binge drinkers* se distingue nettement. Seule une minorité d'entre eux-elles présente une consommation à faible risque (10,7 %), tandis que la majorité se situe dans des catégories de risque plus élevées : 43,6 % relèvent d'une consommation à risque, 19,0 % d'une consommation nocive et 26,7 % présentent un score compatible avec une dépendance probable à l'alcool. Ainsi, près de la moitié des *binge drinkers* présentent des niveaux de consommation particulièrement problématiques (nocifs ou compatibles avec une dépendance).

<sup>81</sup> Le score de *binge drinking* a été divisé en trois catégories : les abstinent-es (score = 0), les buveur-ses légers-ères (score > 0 et < 16) et les *binge drinkers* (score ≥ 16).

La **figure 17** met en évidence des variations marquées dans la répartition des profils de consommation d'alcool (abstinent-es, buveur-ses léger-ères, *binge drinkers*) en fonction de caractéristiques individuelles et sociales. Elle fait écho aux résultats précédemment observés avec le score AUDIT, renforçant la cohérence des deux approches pour identifier les profils à risque.

Les hommes et les étudiant-es de 20 ans ou moins étaient plus représenté-es parmi les *binge drinkers* (59,8 % et 52,7 %, respectivement) que les femmes (39,3 %) et les étudiant-es plus âgé-es (42,7 %). À l'inverse, les femmes et les étudiant-es plus âgé-es étaient plus nombreux-ses à être buveur-ses léger-ères (48,5 % et 48,0 %, respectivement). Cette tendance est conforme à celle observée avec le score AUDIT, où les hommes et les étudiant-es de 20 ans ou moins affichaient des niveaux de risque plus élevés, bien que les différences liées à l'âge étaient assez faibles.

Les *binge drinkers* étaient majoritairement en 2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> année de bachelier (58,1 %), suivis

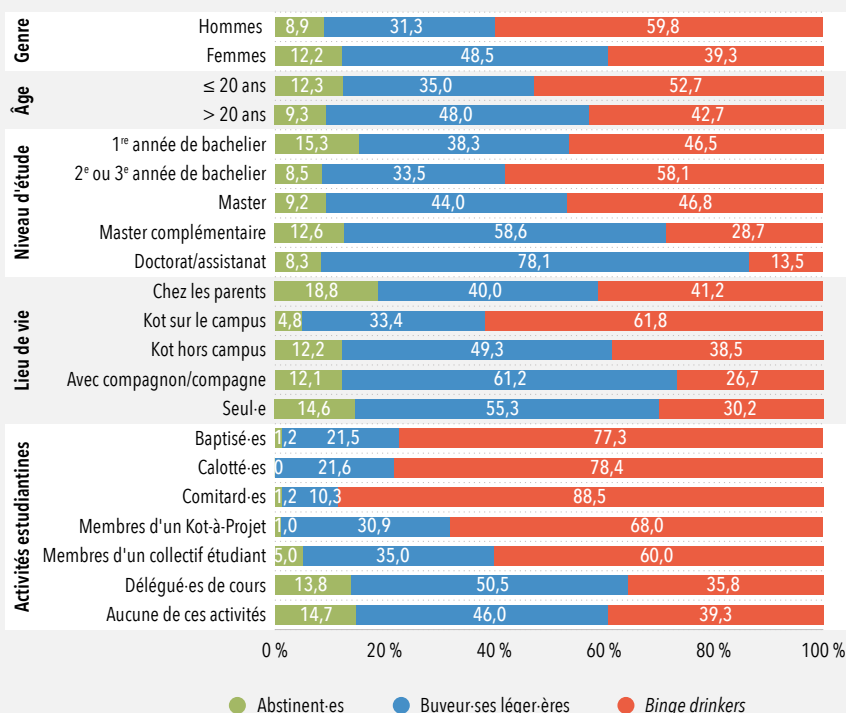
des étudiant-es en master (46,8 %), en 1<sup>re</sup> année de bachelier (46,5 %), puis en master complémentaire, agrégation ou spécialisation (28,7 %), et enfin en doctorat ou assistantat (13,5 %). À l'inverse, les buveur-ses léger-ères étaient majoritaires parmi les étudiant-es les plus avancé-es (78,1 % en doctorat/assistantat), ce qui recoupe les résultats du score AUDIT, où l'on observait une diminution nette des comportements à risque au fil du parcours académique.

Le lieu de vie joue également un rôle important. Les étudiant-es vivant en kot sur le campus affichaient une très forte proportion de *binge drinkers* (61,8 %), suivis de ceux-celles vivant en kot hors campus (38,5 %). À l'inverse, les personnes vivant avec leur partenaire (26,7 %) ou seules (30,2 %) étaient proportionnellement plus nombreuses à être des personnes buvant peu. Cette tendance rejoint les résultats AUDIT, où les consommations à faible risque étaient plus fréquentes dans ces mêmes groupes, tandis que les plus hauts

niveaux de risque étaient observés chez les résident-es en kot sur campus.

Enfin, les activités estudiantines sont particulièrement liées au *binge drinking*. Les étudiant-es n'ayant participé à aucune activité de type baptême, calotte ou association étudiante étaient davantage représenté-es parmi les buveur-ses léger-ères (46,0 %) ou abstinent-es (14,7 %). À l'inverse, on observe une nette surreprésentation de *binge drinkers* chez les étudiant-es impliqué-es dans ces activités : 60,0 % parmi les membres de collectifs<sup>82</sup>, 68,0 % pour les membres de Kots-à-Projet, 77,3 % chez les baptisé-es, 78,4 % chez les calotté-es, et 88,5 % chez les comitard-es. Ces données font écho aux résultats observés via le score AUDIT, selon lesquels ces mêmes groupes présentent les taux les plus élevés d'alcoolodépendance probable et les plus faibles de consommation à faible risque. L'engagement dans des activités à forte composante festive semble donc fortement associé à des comportements de consommation d'alcool problématiques.

**Figure 17. Répartition des étudiant-es dans les trois catégories définies par le score de *binge drinking*, selon certaines caractéristiques individuelles et sociales**



Source : Enquête de 2022 sur la consommation d'alcool et d'autres substances chez les étudiant-es de l'UCLouvain (analyse et adaptation : Eurotox)

82 Groupement des Cercles Louvanistes (GCL), collectif des Kots-à-Projet (Organe), Assemblée Générale des étudiant-es de Louvain (AGL), Fédération Wallonne des Régionales des étudiant-es de l'UCLouvain (FEDE), Coordination Générale des Etudiant-es Internationaux (CGEI).

## E) IVRESSE

La **figure 18** montre que près d'un quart des répondant-es (23,9 %) ont déclaré n'avoir connu aucun épisode d'ivresse au cours des six derniers mois, tandis que la proportion la plus importante (36,9 %) rapportait entre un et cinq épisodes, ce qui suggère une consommation occasionnelle, équivalant à environ une fois par mois au maximum. Des fréquences plus élevées, allant de six à douze fois (14,8 %) – soit environ une à deux fois par mois –, ou de treize fois et plus (24,4 %) – soit deux fois par mois

ou davantage – concernaient une part significative des étudiant-es. Ces niveaux de consommation traduisent des habitudes plus régulières, voire potentiellement problématiques.

Les hommes étaient significativement plus représentés dans les fréquences élevées d'ivresse : 34,0 % déclaraient avoir été ivres au moins 13 fois au cours des six derniers mois, contre seulement 16,0 % des femmes. À l'inverse, les femmes étaient davantage représentées dans les fréquences basses ou nulles, avec 28,1 % n'ayant connu

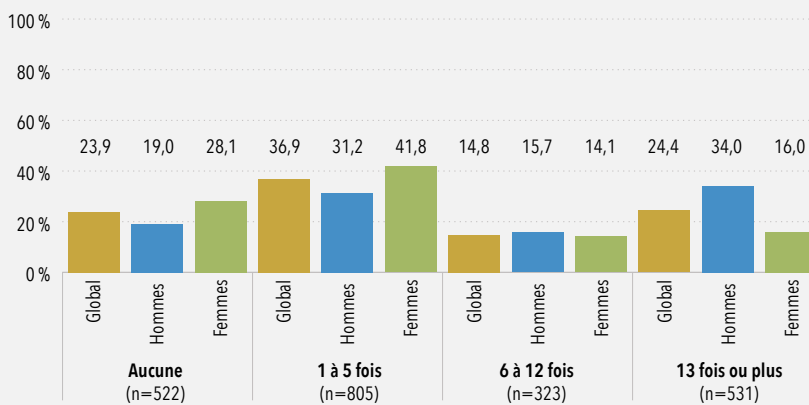
aucun épisode d'ivresse (contre 19,0 % des hommes), et 41,8 % ayant été ivres entre une et cinq fois (contre 31,2 % des hommes).

La **figure 19** met en lumière la part qu'occupent les épisodes d'ivresse parmi l'ensemble des occasions de consommation d'alcool chez les étudiant-es, en distinguant plusieurs niveaux de fréquence relative. De manière générale, la majorité des répondant-es (59,6 %) ont rapporté que l'ivresse représentait moins d'un quart de leurs épisodes de consommation, ce qui suggère que, pour une large part des étudiant-es, la consommation d'alcool ne débouchait pas systématiquement sur l'ivresse. Cette tendance était plus marquée chez les femmes, dont 66,1 % se situaient dans cette catégorie, contre 52,1 % des hommes.

À l'inverse, 9,3 % des étudiant-es ont déclaré que les trois-quarts à la totalité de leurs consommations d'alcool donnaient lieu à un état d'ivresse, témoignant d'une pratique intensive et potentiellement problématique. Cette modalité était près de deux fois plus fréquente chez les hommes (13,6 %) que chez les femmes (5,5 %), confirmant une tendance observée dans d'autres indicateurs : les hommes étaient globalement plus exposés aux usages d'alcool à risque.

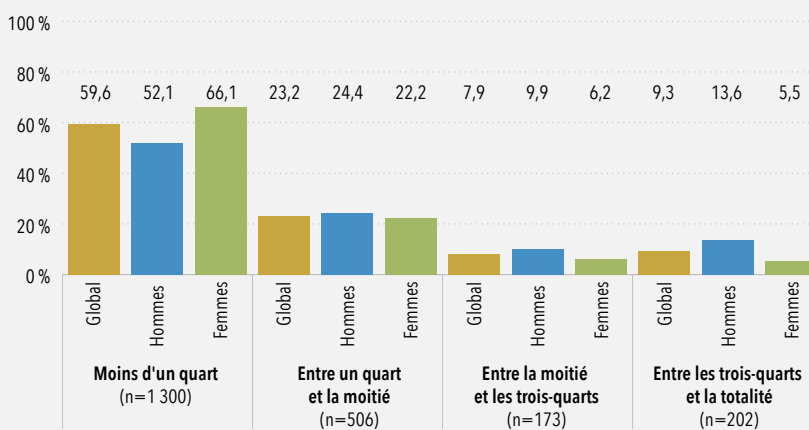
Entre ces deux extrêmes, 23,2 % des étudiant-es ont indiqué que l'ivresse concernait entre un quart et la moitié de leurs consommations, tandis que 7,9 % la situait entre la moitié et les trois-quarts.

**Figure 18. Proportions d'étudiant-es selon la fréquence relative d'ivresse au cours des six derniers mois, globalement et par genre (n=2 181)**



Source : Enquête de 2022 sur la consommation d'alcool et d'autres substances chez les étudiant-es de l'UCLouvain (analyse et adaptation : Eurotox)

**Figure 19. Proportions des ivresses au cours des 6 derniers mois par rapport à l'ensemble des épisodes de consommation d'alcool, globalement et par genre (n=2 181)**



Source : Enquête de 2022 sur la consommation d'alcool et d'autres substances chez les étudiant-es de l'UCLouvain (analyse et adaptation : Eurotox)

## F) ÂGE LORS DE LA PREMIÈRE EXPÉRIMENTATION DE L'ALCOOL

Les étudiant-es de l'UCLouvain avaient en moyenne 15,0 ans lorsqu'ils ont commencé à consommer de l'alcool. Un peu plus d'un tiers (35,0 %) a commencé à moins de 15 ans (H : 38,3 % ; F : 32,0 %), 28,4 % à 15 ans (H : 28,5 % ; F : 28,6 %), et 36,7 % à plus de 15 ans (H : 33,3 % ; F : 39,4 %).

Le **tableau 11** met en évidence des associations significatives entre l'âge de la première expérimentation de l'alcool et plusieurs indicateurs d'usage. Parmi ceux et celles qui présentaient une consommation à faible risque (AUDIT), plus de la moitié (55,6 %) avait commencé à consommer après 15 ans, alors que seul-es 22,5 % avaient débuté avant 15 ans. Cette proportion s'inversait chez les étudiant-es ayant une consommation à risque, nocive ou une probable alcoolo-dépendance : par exemple, parmi les personnes ayant une

probable dépendance, 53,0 % rapportaient une initiation avant 15 ans, tandis qu'elles n'étaient plus que 14,0 % à avoir commencé après 15 ans.

Cette tendance se retrouve également pour la fréquence de consommation. Plus les consommations étaient régulières (au moins quatre fois par semaine), plus les étudiant-es étaient nombreux-ses à avoir débuté tôt : 51,8 % de ceux-celles consommant au moins quatre fois par semaine avaient commencé avant 15 ans, contre seulement 16,4 % lorsqu'ils-elles avaient commencé après 15 ans.

De même, les vitesses d'ingestion élevées ( $\geq 5$  verres/ heure) concernaient davantage les étudiant-es précocement initié-es : plus de la moitié d'entre eux-elles (51,2 %) avaient commencé à boire avant 15 ans, contre 19,0 % parmi ceux-celles qui avaient attendu au-delà de 15 ans. Cette dynamique se confirme pour le *binge drinking* : 41,7 %

des *binge drinkers* avaient débuté avant 15 ans, contre 26,7 % chez ceux et celles ayant commencé plus tard.

Enfin, près de la moitié (47,8 %) de ceux et celles ayant été ivres plus de 13 fois au cours des six derniers mois avaient commencé à consommer avant 15 ans, alors qu'ils-elles n'étaient que 18,7 % dans ce cas lorsqu'ils-elles avaient commencé à plus de 15 ans.

Ces résultats montrent ainsi que l'initiation précoce à l'alcool est associée à des profils de consommation plus fréquents et plus risqués.

**Tableau 11. Distribution des étudiant-es selon l'âge de la première consommation d'alcool, en fonction de différents comportements d'usage**

|   | Moins de 15 ans (%) | 15 ans (%) | Plus de 15 ans (%) | p   |
|---|---------------------|------------|--------------------|-----|
| <b>Score AUDIT</b>  |                     |            |                    |     |
| Consommation à faible risque  | 22,5                | 21,9       | 55,6               | *** |
| Consommation risquée  | 38,4                | 30,3       | 31,4               |     |
| Consommation nocive   | 40,2                | 36,7       | 23,1               |     |
| Alcoolo-dépendance probable   | 53,0                | 32,9       | 14,0               |     |
| <b>Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois</b> |                     |            |                    |     |
| Une fois par mois ou moins  | 21,0                | 18,4       | 60,7               | *** |
| 2 à 4 fois par mois   | 25,9                | 27,5       | 46,5               |     |
| 2 à 3 fois par semaine  | 39,4                | 30,7       | 29,8               |     |
| Au moins 4 fois par semaine   | 51,8                | 31,7       | 16,4               |     |
| <b>Vitesse de consommation d'un verre standard</b>                      |                     |            |                    |     |
| Moins d'un verre par heure  | 14,8                | 19,0       | 66,2               | *** |
| 1 verre par heure   | 27,1                | 27,1       | 45,8               |     |
| 2 verres par heure  | 32,5                | 29,0       | 38,5               |     |
| 3 verres par heure  | 41,7                | 30,3       | 28,0               |     |
| 4 verres par heure  | 44,6                | 32,9       | 22,5               |     |
| Au moins 5 verres par heure   | 51,2                | 29,8       | 19,0               |     |
| <b>Binge drinking</b>   |                     |            |                    |     |
| Buveur-ses léger-ères   | 26,9                | 24,6       | 48,5               | *** |
| <i>Binge drinkers</i>   | 41,7                | 31,6       | 26,7               |     |
| <b>Ivresse au cours des 6 derniers mois</b>                             |                     |            |                    |     |
| Aucune  | 25,2                | 20,3       | 54,4               | *** |
| 1 à 5 fois  | 31,5                | 28,4       | 40,1               |     |
| 6 à 12 fois   | 38,1                | 33,1       | 28,8               |     |
| 13 fois ou plus   | 47,8                | 33,5       | 18,7               |     |

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$ . NS : pas de différence statistiquement significative

Source : Enquête de 2022 sur la consommation d'alcool et d'autres substances chez les étudiant-es de l'UCLouvain (analyse et adaptation : Eurotox)

## G) NOMBRE D'ANNÉES DE CONSOMMATION RÉGULIÈRE

La question suivante a été posée aux étudiant-es : «Depuis combien d'années buvez-vous de l'alcool de façon régulière (si vous ne buvez pas régulièrement, indiquez «0») ?». Le nombre moyen d'années de consommation régulière s'élevait à 2,7 ans.

Près d'un tiers des répondant-es (30,5 %) ont déclaré consommer de l'alcool de manière régulière depuis moins d'un an ou ne pas avoir de consommation régulière (H : 23,7 % ; F : 36,1 %), 35,5 % ont rapporté une consommation régulière depuis 1 à 4 ans (H : 38,3 % ; F : 33,3 %) et 33,9 % depuis 4 ans ou plus (H : 38,1 % ; F : 30,6 %).

Les étudiant-es qui présentaient une consommation à faible risque (AUDIT) étaient majoritairement des consommateur-rices récents : 59,9 % ont déclaré boire de l'alcool depuis moins

d'un an, 19,5 % depuis 1 à 4 ans et 20,6 % depuis au moins 4 ans. À l'inverse, chez les étudiant-es qui présentaient des consommations à risque, nocive ou une probable alcoolo-dépendance, la proportion de personnes qui avaient plus d'ancienneté de consommation augmentait fortement, près de la moitié d'entre eux-elles avait déclaré consommer de l'alcool depuis au moins quatre ans (Tableau 12).

De manière cohérente, plus les comportements étaient réguliers ou problématiques, plus les étudiant-es déclaraient consommer de l'alcool depuis longtemps. Ainsi, parmi ceux et celles qui buvaient au moins quatre fois par semaine, plus de la moitié (53,5 %) avaient commencé à consommer il y a au moins quatre ans, contre seulement 1,0 % parmi les consommateur-rices qui n'avaient commencé que depuis moins d'un an. De la même manière, les étudiant-es consommant quatre verres ou plus par heure déclaraient

plus fréquemment une ancienneté de consommation régulière supérieure à quatre ans, tandis que ceux-celles qui buvaient moins d'un verre par heure étaient très majoritairement des consommateur-rices récent-es.

Cette tendance se retrouve également pour le *binge drinking* : seul-es 14,3 % des *binge drinkers* ont déclaré consommer depuis moins d'un an, tandis que près de 39,6 % d'entre eux-elles consommaient depuis au moins quatre ans. Enfin, les étudiant-es ayant été ivres au moins une fois par mois au cours des six derniers mois étaient proportionnellement plus nombreux-ses à déclarer une consommation régulière depuis au moins un an que ceux-celles qui ont été ivres moins fréquemment. Ces résultats suggèrent que plus l'ancienneté de consommation est importante, plus les comportements d'usage d'alcool sont intenses et problématiques.

**Tableau 12. Distribution des étudiant-es selon l'ancienneté de leur consommation régulière d'alcool, en fonction de différents comportements d'usage**

|   | Moins d'1 an (%) | Entre 1 et 4 ans (%) | Au moins 4 ans (%) | p   |
|---|------------------|----------------------|--------------------|-----|
| <b>Score AUDIT</b>  |                  |                      |                    |     |
| Consommation à faible risque  | 59,9             | 19,5                 | 20,6               | *** |
| Consommation risquée  | 18,4             | 43,6                 | 38,0               |     |
| Consommation nocive   | 4,9              | 48,0                 | 47,2               |     |
| Alcoolo-dépendance probable   | 2,7              | 48,5                 | 48,8               |     |
| <b>Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois</b> |                  |                      |                    |     |
| Une fois par mois ou moins  | 89,1             | 5,2                  | 5,6                | *** |
| 2 à 4 fois par mois   | 46,6             | 31,2                 | 22,2               |     |
| 2 à 3 fois par semaine  | 10,1             | 45,0                 | 45,0               |     |
| Au moins 4 fois par semaine   | 1,0              | 45,5                 | 53,5               |     |
| <b>Vitesse de consommation d'un verre standard</b>                      |                  |                      |                    |     |
| Moins d'un verre par heure  | 79,1             | 8,6                  | 12,4               | *** |
| 1 verre par heure   | 41,5             | 29,8                 | 28,8               |     |
| 2 verres par heure  | 26,9             | 33,7                 | 39,4               |     |
| 3 verres par heure  | 17,2             | 48,4                 | 34,4               |     |
| 4 verres par heure  | 15,5             | 42,5                 | 42,0               |     |
| Au moins 5 verres par heure   | 9,7              | 47,2                 | 43,1               |     |
| <b>Binge drinking</b>   |                  |                      |                    |     |
| Buveur-ses léger-ères   | 48,7             | 23,7                 | 27,6               | *** |
| <i>Binge drinkers</i>   | 14,3             | 46,0                 | 39,6               |     |
| <b>Ivresse au cours des 6 derniers mois</b>                             |                  |                      |                    |     |
| Aucune  | 64,2             | 15,2                 | 20,6               | *** |
| 1 à 5 fois  | 31,0             | 37,1                 | 31,9               |     |
| 6 à 12 fois   | 12,3             | 45,4                 | 42,3               |     |
| 13 fois ou plus   | 4,8              | 48,7                 | 46,4               |     |

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001. NS : pas de différence statistiquement significative

Source : Enquête de 2022 sur la consommation d'alcool et d'autres substances chez les étudiant-es de l'UCLouvain (analyse et adaptation : Eurotox)

## H) ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL DEPUIS L'ARRIVÉE À L'UNIVERSITÉ

Parmi les 2 480 répondant-es, un tiers (33,5 %) a déclaré que sa consommation d'alcool n'avait pas changé depuis son arrivée à l'UCLouvain. Pour 59,0 % d'entre eux-elles, celle-ci a augmenté, dont 23,9 % ont rapporté une augmentation marquée. À l'inverse, 8,0 % ont indiqué que leur consommation avait diminué.

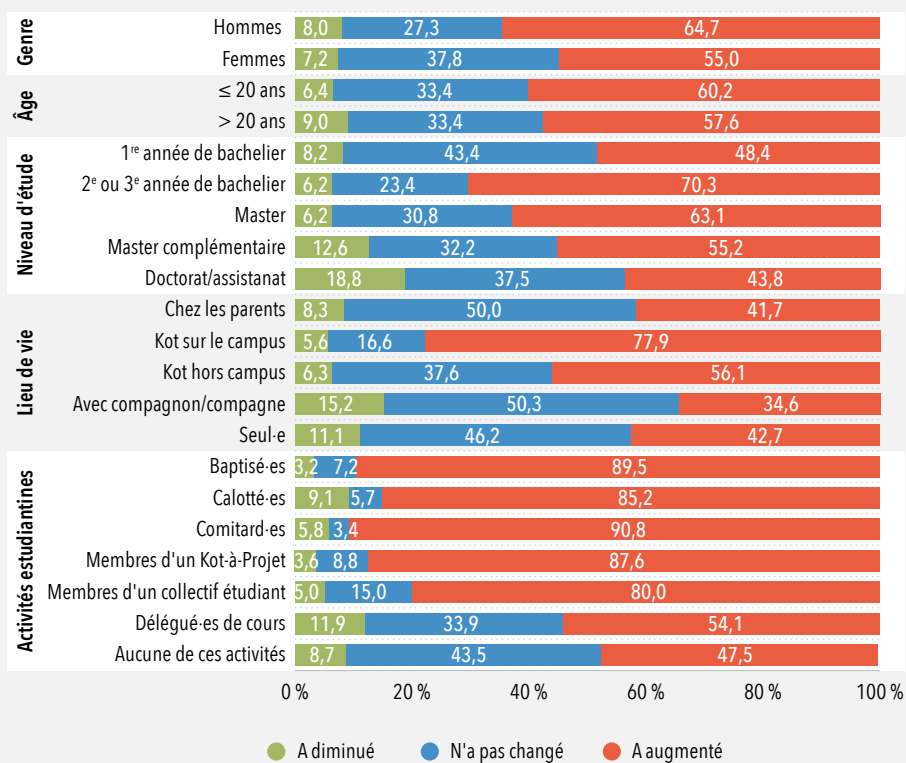
Les résultats présentés dans la **figure 20** montrent que les femmes étaient un peu moins nombreuses à rapporter une augmentation de leur consommation d'alcool depuis leur arrivée à l'UCLouvain (55,0 % contre 64,7 %). Concernant l'âge, la proportion d'étudiant-es qui ont vu leur consommation augmenter était élevée dans les deux groupes, mais légèrement plus importante chez les plus jeunes ( $\leq 20$  ans : 60,2 % vs  $>20$  ans : 57,6 %).

En termes de niveau d'étude, la hausse de consommation était davantage rapportée par les étudiant-es de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> année de bachelier (70,3 %) et ceux-celles en master (63,1 %), comparativement aux autres niveaux. À l'inverse, les personnes inscrites en doctorat/assistantat et en master complémentaire étaient les plus nombreuses à déclarer que leur consommation n'a pas changé, voire avait diminué.

Le lieu de vie influence également l'évolution de la consommation : les étudiant-es vivant en kot sur le campus étaient ceux-celles qui déclaraient le plus souvent une augmentation (77,9 %), suivis des résidant-es en kot hors campus (56,1 %). À l'inverse, ceux et celles qui vivaient avec leur partenaire ou chez leurs parents rapportaient plus souvent une stabilité (respectivement 50,3 % et 50,0 %) ou une diminution.

Enfin, l'engagement dans des activités estudiantines est fortement associé à la hausse de la consommation. Plus l'activité était marquée par la sociabilité étudiante (baptême, calotte, cercle, kot-à-projet), plus la proportion d'étudiant-es ayant augmenté leur consommation était élevée : celle-ci atteignait 87,6 % chez les membres de Kot-à-Projet, 89,5 % chez les baptisé-es, 85,2 % chez les calotté-es et jusqu'à 90,8 % chez les comitard-es, contre 47,5 % seulement chez ceux et celles qui n'avaient participé à aucune activité.

**Figure 20. Répartition des étudiant-es selon l'évolution de leur consommation d'alcool depuis leur arrivée à l'université, en fonction de certaines caractéristiques individuelles et sociales**



Source : Enquête de 2022 sur la consommation d'alcool et d'autres substances chez les étudiant-es de l'UCLouvain (analyse et adaptation : Eurotox)

**Tableau 13. Proportions d'étudiant-es ayant répondu consommer de l'alcool «souvent» ou «la plupart du temps» dans différents lieux festifs, globalement et en fonction du genre et de l'âge**

|  | Global |      | Genre  |      |        |      | Âge |          |      |          |      |     |
|--|--------|------|--------|------|--------|------|-----|----------|------|----------|------|-----|
|  | n      | %    | Hommes |      | Femmes |      | p   | ≤ 20 ans |      | > 20 ans |      | p   |
|  |        |      | n      | %    | n      | %    |     | n        | %    | n        | %    |     |
| Cercle <sup>a</sup>                    | 2 182  | 37,4 | 1 008  | 42,6 | 1 174  | 33,6 | *** | 1 206    | 42,9 | 999      | 30,8 | *** |
| Cafés/bars                             | 2 206  | 37,1 | 1 008  | 36,3 | 1 174  | 37,6 | NS  | 1 206    | 32,5 | 999      | 42,7 | *** |
| Mon kot/appartement ou chez des ami-es | 2 206  | 52,1 | 1 008  | 56,8 | 1 174  | 48,3 | *** | 1 206    | 49,5 | 999      | 55,4 | **  |
| Discothèque, concert, festival         | 2 206  | 22,4 | 1 008  | 19,2 | 1 174  | 24,8 | **  | 1 206    | 24,0 | 999      | 20,4 | *   |
| Chez les parents                       | 2 206  | 13,1 | 1 008  | 13,1 | 1 174  | 13,0 | NS  | 1 206    | 11,5 | 999      | 15,0 | *   |
| Dans l'espace public                   | 2 206  | 5,6  | 1 008  | 6,8  | 1 174  | 4,6  | *   | 1 206    | 7,4  | 999      | 3,5  | *** |

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001. NS : pas de différence statistiquement significative.

a Cercle ou régionale, CASA, Coq Hardi, autres salles étudiantes, etc.

Source : Enquête de 2022 sur la consommation d'alcool et d'autres substances chez les étudiant-es de l'UCLouvain (analyse et adaptation : Eurotox)

## 7.2.2 LES LIEUX FESTIFS

Les participant-es à l'enquête ont été invité-es à indiquer la fréquence («jamais», «parfois», «souvent» ou «la plupart du temps») à laquelle ils-elles consommaient de l'alcool dans les différents lieux listés dans le **tableau 13**. Les résultats montrent que plus d'un tiers déclarait consommer de l'alcool «souvent» ou «la plupart du temps» dans les cercles étudiants (37,4 %), mais cette proportion était plus élevée chez les hommes (42,6 %) que chez les femmes (33,6 %), et chez les étudiant-es de 20 ans ou moins (42,9 %) que chez les plus âgé-es (30,8 %). À l'inverse, les consommations dans les cafés ou bars (37,1 % au total) ne différaient pas selon le genre mais étaient davantage rapportées par les étudiant-es de plus de 20 ans (42,7 % contre 32,5 % chez les plus jeunes).

Plus de la moitié (52,1 %) déclarait consommer régulièrement de l'alcool dans leur kot/appartement ou chez des ami-es, avec une proportion plus élevée chez les hommes (56,8 % vs 48,3 %) et chez les étudiant-es de plus de 20 ans (55,4 % vs 49,5 %). À l'inverse, les femmes (24,8 % vs 19,2 %) et les jeunes de 20 ans ou moins (24,0 % vs 20,4 %) étaient proportionnellement plus nombreux-ses à boire régulièrement en discothèques, concerts ou festivals.

Les consommations chez les parents restaient relativement peu fréquentes (13,1 %), sans différence de genre, mais légèrement plus rapportées par les étudiant-es de plus de 20 ans (15,0 %). Enfin, les consommations dans l'espace public concernaient 5,6 % de l'échantillon,

avec une proportion plus élevée chez les hommes (6,8 % vs 4,6 %) et particulièrement parmi les plus jeunes (7,4 % vs 3,5 %).

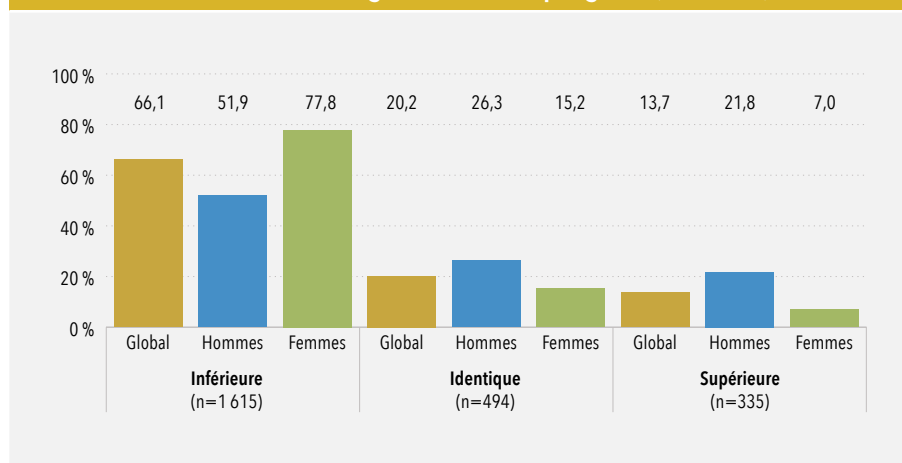
## 7.2.3 REPRÉSENTATIONS ET NORMES SOCIALES LIÉES À LA CONSOMMATION D'ALCOOL

La plupart des étudiant-es estimaient consommer moins d'alcool que leurs pairs, puisque 66,1 % se percevaient comme étant «en dessous» de la consommation moyenne des autres (**Figure 21**). Cette tendance était particulièrement marquée chez les femmes : 77,8 % considéraient leur consommation comme inférieure, contre 51,9 % des hommes. Un-e étudiant-e sur cinq (20,2 %) jugeait sa consommation similaire à celle des autres, avec une proportion plus élevée

chez les hommes (26,3 %) que chez les femmes (15,2 %). À l'inverse, seul-es 13,7 % des répondant-es estimaient consommer davantage que leurs pairs – perception nettement plus fréquente chez les hommes (21,8 %) que chez les femmes (7,0 %).

À la question «En moyenne, selon vous, combien de verres standards d'alcool un-e étudiant-e de l'UCLouvain (tous genres confondus) consomme-t-il par jour ?», les répondant-es estimaient en moyenne cette consommation à 4,1 verres standards par jour, soit près du double des consommations effectivement déclarées par les étudiant-es eux-mêmes (cf. **Tableau 9**).

**Figure 21. Perception de sa consommation d'alcool par rapport à celle des autres étudiant-es, globalement et par genre (n=2 444)**



Source : Enquête de 2022 sur la consommation d'alcool et d'autres substances chez les étudiant-es de l'UCLouvain (analyse et adaptation : Eurotox)

La **figure 22** présente les perceptions des étudiant-es concernant diverses normes sociales liées à la consommation d'alcool dans le contexte universitaire. Globalement, les comportements modérés ne semblaient pas stigmatisés : près de sept répondant-es sur dix (67,7 %) ne pensaient pas qu'il soit «mal vu» de boire de l'eau ou un soft en soirée, et plus des trois quarts (76,4 %) estimaient qu'il n'est pas nécessaire de savoir boire pour se faire des ami-es.

À l'inverse, plus d'un-e étudiant-e sur deux (52,1 %) pensait que «boire fait partie de l'expérience estudiantine», et 37,9 % considéraient qu'il est difficile de s'intégrer à l'UCLouvain si l'on ne boit pas d'alcool. Les jugements négatifs à l'égard des non-buveur-ses restaient minoritaires mais non négligeables (22,1 % pensaient qu'ils-elles étaient mal vu-es). Enfin, la majorité rejetait les normes de performance liées à la consommation : plus des deux tiers estimaient qu'il n'est pas important de «montrer que l'on tient bien» (67,5 %) ni de «prouver la quantité que l'on peut boire» (79,8 %).

## 7.2.4 LA POLYCONSOMMATION

La polyconsommation n'est pas directement explorée dans l'enquête : les résultats présentés ci-dessous reflètent la fréquence de consommation d'autres substances au cours des 12 derniers mois parmi des étudiant-es consommant régulièrement de l'alcool, mais ne renseignent pas sur un usage concomitant avec l'alcool.

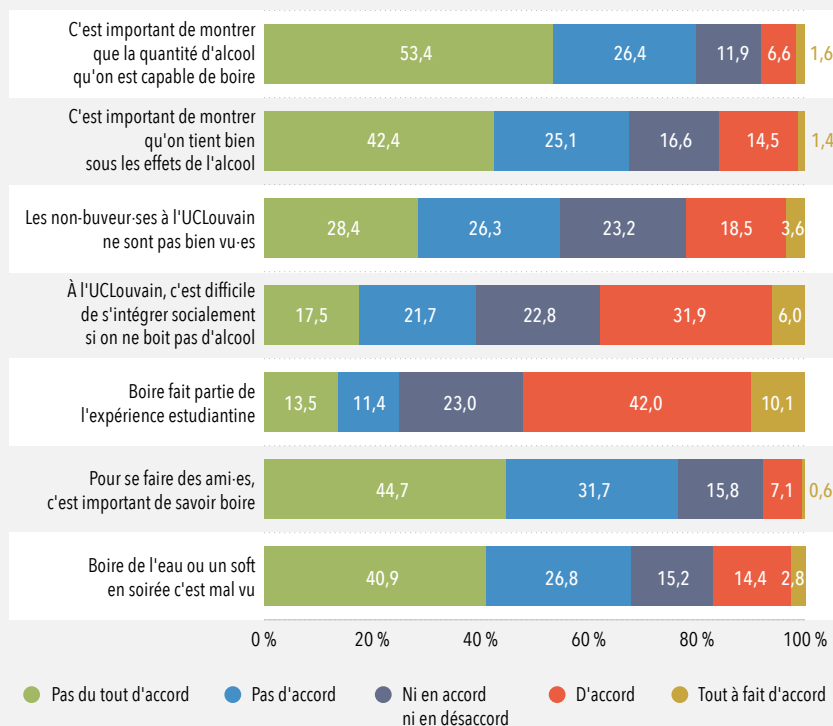
Parmi les étudiant-es consommant de l'alcool au moins deux fois par mois, l'usage d'autres substances psychoactives était globalement peu fréquent, à l'exception du tabac, de la cigarette électronique et du cannabis (**Figure 23**). Un peu moins de la moitié (44,8 %) déclarait consommer du cannabis (32,9 % au moins deux fois par mois et 11,9 % une fois par mois ou moins), tandis que 55,2 % n'en consommaient jamais. L'usage de la cigarette électronique

était également notable (13,4 % au moins deux fois par mois). Le tabac apparaissait comme la substance la plus répandue, avec 25,5 % qui fumaient une fois par mois ou moins et 24,4 % des étudiant-es qui en fumaient au moins deux fois par mois.

À l'inverse, la majorité des autres substances étaient très peu consommées. Les inhalants tels que la colle, les solvants ou les poppers arrivaient en 4<sup>e</sup> position, avec 10,6 % des étudiant-es qui en avaient consommé occasionnellement au cours des 12 derniers mois et seulement 1,0 % de manière régulière. Toutes les autres substances (stimulants, ecstasy/MDMA, kétamine, cocaïne, nouvelles substances psychoactives, GHB, etc.) restaient marginales, avec plus de 95 % des répondant-es qui déclaraient n'en avoir jamais consommé durant l'année écoulée.

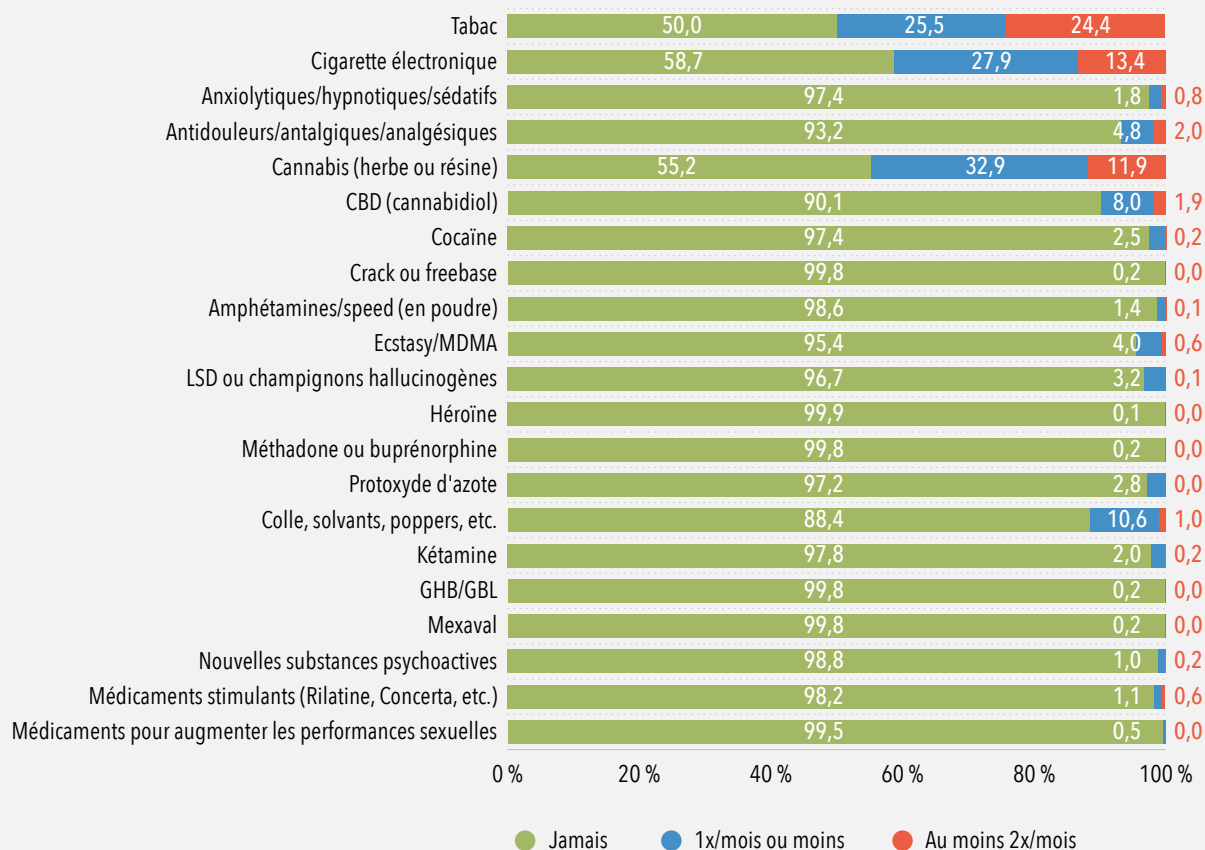
Nous avons cherché à savoir si la polyconsommation de substances variait selon l'intensité de la consommation d'alcool. Pour cela, nous avons réalisé deux modèles de régression logistique : l'un prenant comme variable principale le *binge drinking* au cours des 12 derniers mois, et l'autre le score AUDIT, comparant une consommation modérée à une consommation à risque, nocive ou correspondant à une dépendance probable. Les résultats montrent que certaines substances sont clairement associées à des formes de consommation d'alcool plus intenses. Ainsi, pour le *binge drinking*, les étudiant-es qui fument du tabac plus fréquemment, utilisent la cigarette électronique, consomment du cannabis ou des inhalants sont plus susceptibles d'avoir déclaré avoir pratiqué le *binge drinking*. De même, pour le score AUDIT, les étudiant-es qui consomment régulièrement du tabac, du cannabis, de la cigarette électronique ou des inhalants sont plus enclin-es à avoir une consommation problématique d'alcool. Pour d'autres substances moins courantes, aucune association nette n'a été observée, ce qui peut s'expliquer par le faible nombre de répondant-es les utilisant, limitant la capacité à détecter une relation statistique.

**Figure 22. Répartition des étudiant-es selon leur perception des normes sociales liées à la consommation d'alcool**



Source : Enquête de 2022 sur la consommation d'alcool et d'autres substances chez les étudiant-es de l'UCLouvain (analyse et adaptation : Eurotox)

Figure 23. Fréquence de consommation d'autres substances que l'alcool au cours des 12 derniers mois



Source : Enquête de 2022 sur la consommation d'alcool et d'autres substances chez les étudiant-es de l'UCLouvain (analyse et adaptation : Eurotox)

### 7.3

## L'USAGE D'ALCOOL DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

Les données proviennent de la 7<sup>e</sup> enquête nationale de santé par interview (*Health Interview Survey - HIS*) réalisée en 2023-2024 par Sciensano<sup>83</sup>. Cette enquête est menée tous les quatre à cinq ans depuis 1997. Elle contribue à la politique de santé publique en offrant une vision globale de l'état de santé de la population, des comportements qui l'influencent, des besoins de santé et de l'efficacité des mesures mises en œuvre.

L'enquête de santé s'adresse à toutes les personnes résidant dans le pays, sans

restrictions en termes de nationalité, d'âge ou de statut légal. L'échantillon a été constitué selon un plan d'échantillonnage stratifié en grappes à plusieurs degrés, sur base du Registre national. Dans chaque région, un nombre limité de communes a été sélectionné, puis un nombre restreint de ménages, au sein desquels jusqu'à quatre personnes pouvaient participer à l'enquête. Afin de limiter l'impact des refus ou des non-réponses, un système de ménages de remplacement a été prévu : pour chaque ménage de l'échantillon initial, trois ménages partageant des caractéristiques similaires ont été sélectionnés, constituant des «clusters» de quatre ménages. En cas de refus ou d'impossibilité de contact (par exemple en cas de déménagement), le ménage suivant du cluster était sollicité, jusqu'à épuisement du cluster et constitution d'un nouveau.

Malgré ce dispositif, la participation à l'enquête reste marquée par un taux de non-réponse élevé. Sur un total de 15 951 ménages invités à participer, 44,7 % ont explicitement refusé, 23,3 % ont

effectivement pris part à l'enquête et 32 % n'ont pas pu être contactés. Si l'on considère uniquement les ménages effectivement contactés, le taux de refus atteint 65,8 %, pour un taux de participation de 34,2 %. Par ailleurs, certaines catégories de population sont exclues *de facto* du champ de l'enquête pour des raisons pratiques ou de statut légal, notamment les personnes institutionnalisées (à l'exception des maisons de repos et de soins), les personnes en séjour irrégulier et les personnes sans chez-soi.

Les informations recueillies couvrent un large éventail de thématiques, telles que l'alimentation, l'activité physique, la santé mentale ou la santé bucco-dentaire. Les données socio-démographiques ont été collectées au moyen d'une interview orale en face-à-face, réalisée par un-e enquêteur-riche assisté-e par ordinateur, tandis que les données relatives à l'alcool, considérées comme plus sensibles, ont été recueillies via un questionnaire auto-administré.

83 Pour plus d'informations : <https://www.sciensano.be/fr/resultats-de-lenquete-de-sante-2023-2024>

Des coefficients de pondération ont été calculés afin d'améliorer la représentativité des estimations par rapport à la population cible de l'enquête, à savoir la population résidant en Belgique âgée de 3 à 64 ans. Le plan d'échantillonnage et ces coefficients ont été pris en compte dans le calcul des prévalences présentées dans cette section. Toutefois, l'ampleur des refus de participation, l'exclusion de certains groupes particulièrement exposés aux consommations problématiques et le caractère auto-déclaré des données relatives à l'alcool suggèrent une sous-estimation probable de la consommation réelle à l'échelle de l'échantillon. Il n'est par ailleurs pas certain que les coefficients

de pondération permettent de corriger pleinement ce biais, dans la mesure où celui-ci est susceptible d'être lié aux comportements mêmes étudiés.

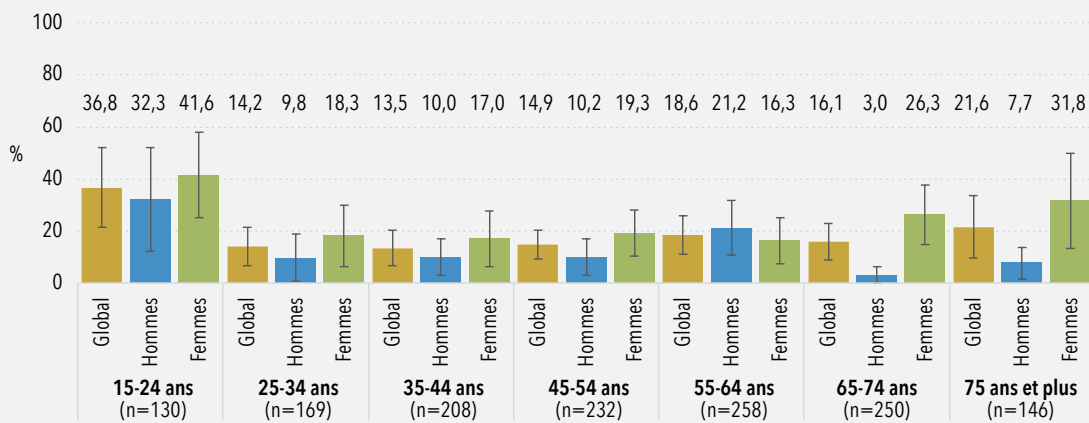
### 7.3.1 L'ABSTINENCE

En région wallonne, en 2023-2024, 18,8 % des personnes de 15 ans et plus ont déclaré n'avoir jamais consommé d'alcool (13,9 % des hommes et 23,3 % des femmes). Cette proportion était de 36,8 % chez les 15-24 ans, 14,2 % chez les 25-34 ans, 13,5 % chez les 35-44 ans, 10,0 % chez les 45-54 ans, 14,9 % chez les 55-64 ans, 10,2 % chez les 65-74 ans et de 21,6 % chez les 75 ans et plus (Figure 24). Dans l'ensemble,

l'abstinence était plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.

Les personnes ayant un diplôme du secondaire étaient proportionnellement plus nombreuses à n'avoir jamais consommé d'alcool que celles ayant poursuivi des études supérieures (Tableau 14). L'abstinence apparaissait également plus fréquente parmi les personnes résidant dans les grandes villes que chez celles vivant dans des zones moins densément urbanisées. Enfin, les personnes ayant des enfants déclaraient plus souvent n'avoir jamais bu d'alcool, mais ces différences n'étaient pas statistiquement significatives.

Figure 24. Proportions de Wallon-nes âgé-es d'au moins 15 ans n'ayant jamais consommé de boissons alcoolisées au cours de leur vie, globalement et en fonction du genre et de l'âge (n=1 393)



Source : Enquête HIS 2023-2024 (analyse et adaptation : Eurotox)

Tableau 14. Proportions de Wallon-nes âgé-es de 15 ans et plus n'ayant jamais consommé de boissons alcoolisées au cours de leur vie, globalement et en fonction du genre

|   | Global |                  | Genre  |                  |        |                  |
|---|--------|------------------|--------|------------------|--------|------------------|
|   | n      | % (IC 95 %)      | Hommes |                  | Femmes |                  |
|   |        |                  | n      | % (IC 95 %)      | n      | % (IC 95 %)      |
| <b>Niveau d'éducation</b>               | 1 393  |                  | 674    |                  | 719    |                  |
| Secondaire inférieur                    |        | 35,3 (22,5-48,2) |        | 23,7 (7,1-40,4)  |        | 44,8 (30,8-58,8) |
| Secondaire supérieur                    |        | 21,4 (15,0-27,8) |        | 20,6 (12,7-28,6) |        | 22,2 (14,2-30,2) |
| Etudes supérieures                      |        | 10,4 (7,1-13,7)  |        | 5,8 (2,7-8,9)    |        | 14,6 (9,0-20,2)  |
| <b>Composition du ménage</b>            | 1 339  |                  | 648    |                  | 691    |                  |
| Célibataire                             |        | 16,0 (9,4-22,6)  |        | 13,6 (5,8-21,4)  |        | 18,2 (7,9-28,4)  |
| Célibataire avec enfant(s)              |        | 30,1 (10,6-49,6) |        | 28,7 (1,3-56,1)  |        | 31,0 (13,5-48,6) |
| Couple sans enfant                      |        | 10,7 (6,0-15,3)  |        | 5,5 (1,8-9,2)    |        | 15,7 (7,8-23,5)  |
| Couple avec enfant(s)                   |        | 21,9 (16,1-27,6) |        | 15,9 (9,5-22,4)  |        | 27,6 (19,4-35,8) |
| <b>Niveau d'urbanisation</b>            | 1 393  |                  | 674    |                  | 719    |                  |
| Grandes villes et agglomérations denses |        | 30,7 (20,3-41,2) |        | 27,4 (14,7-40,2) |        | 33,8 (21,3-46,2) |
| Zones suburbaines/banlieues             |        | 11,9 (7,4-16,5)  |        | 8,6 (3,2-14,0)   |        | 15,4 (8,7-22,1)  |
| Communes urbanisées                     |        | 17,2 (11,1-23,2) |        | 6,7 (2,2-11,2)   |        | 24,7 (15,6-33,8) |
| Zones rurales                           |        | 12,4 (8,0-16,7)  |        | 9,6 (4,0-15,1)   |        | 15,2 (9,1-21,3)  |

Source : Enquête HIS 2023-2024 (analyse et adaptation : Eurotox)

### 7.3.2 ÂGE LORS DE LA PREMIÈRE CONSOMMATION

En région wallonne, l'âge moyen de début de consommation d'alcool était de 17,6 ans. Près de trois personnes sur dix (28,8 %) déclaraient avoir commencé avant 16 ans, près de la moitié (46,6 %) entre 16 et 18 ans, 15,8 % entre 19 et 21 ans et 8,8 % à 22 ans ou plus. Les hommes débutaient en moyenne plus tôt que les femmes (16,9 ans contre 18,6 ans). L'âge d'initiation variait également selon le niveau d'éducation : il était de 17,2 ans chez les personnes ayant fait des études supérieures, de 17,9 ans chez celles ayant un niveau secondaire supérieur

et de 19,3 ans chez celles ayant arrêté au secondaire inférieur.

### 7.3.3 LA CONSOMMATION QUOTIDIENNE D'ALCOOL

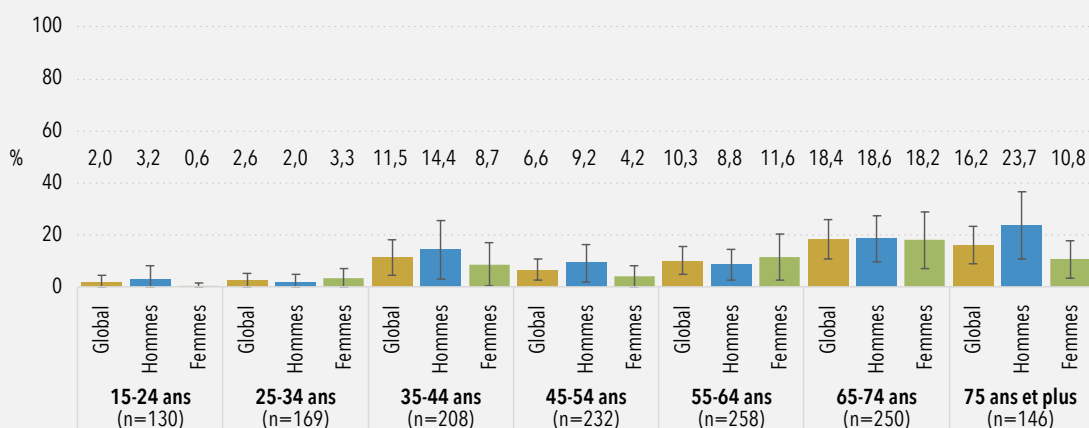
Près d'un-e habitant-e sur dix de la région wallonne âgé-e de 15 ans et plus (9,3 %) a déclaré avoir consommé au moins un verre d'alcool chaque jour au cours des 12 derniers mois (10,4 % des hommes contre 8,2 % des femmes).

La proportion de personnes ayant consommé quotidiennement de l'alcool au cours des 12 derniers mois était extrêmement faible avant 35 ans, puis

augmentait nettement à partir de 35 ans (Figure 25). Elle atteignait 11,5 % entre 35 et 44 ans, diminuait légèrement à 45-54 ans, puis remontait au-delà de 10 % après 55 ans. Les prévalences les plus élevées concernaient les 65-74 ans (18,4 %) et restaient importantes après 75 ans. Les différences entre hommes et femmes étaient faibles chez les jeunes mais devenaient plus marquées aux âges avancés, avec une consommation quotidienne nettement plus fréquente chez les hommes de 75 ans et plus.

Le tableau 15 montre la consommation quotidienne d'alcool chez les personnes de 15 ans et plus en Wallonie selon

Figure 25. Proportions de Wallon-nés âgés d'au moins 15 ans déclarant avoir consommé au moins un verre d'alcool quotidiennement au cours des 12 derniers mois, globalement et en fonction du genre et de l'âge (n=1 393)



Source : Enquête HIS 2023-2024 (analyse et adaptation : Eurotox)

Tableau 15. Proportions de Wallon-nés âgés de 15 ans et plus déclarant avoir consommé au moins un verre d'alcool quotidiennement au cours des 12 derniers mois, selon différentes caractéristiques sociodémographiques, globalement et en fonction du genre

|   | Global |                 | Genre  |                  |        |                 |
|---|--------|-----------------|--------|------------------|--------|-----------------|
|   | n      | % (IC 95 %)     | Hommes |                  | Femmes |                 |
|   | n      | % (IC 95 %)     | n      | % (IC 95 %)      | n      | % (IC 95 %)     |
| <b>Niveau d'éducation</b>               | 1 393  |                 | 674    |                  | 719    |                 |
| Secondaire inférieur                    |        | 7,0 (2,5-11,5)  |        | 6,8 (0,9-12,8)   |        | 7,2 (1,4-12,9)  |
| Secondaire supérieur                    |        | 6,6 (3,5-9,7)   |        | 5,9 (2,8-9,0)    |        | 7,3 (2,0-12,6)  |
| Etudes supérieures                      |        | 11,8 (8,3-15,3) |        | 14,6 (9,4-19,9)  |        | 9,2 (5,0-13,4)  |
| <b>Composition du ménage</b>            | 1 339  |                 | 674    |                  | 719    |                 |
| Célibataire                             |        | 8,9 (5,1-12,6)  |        | 6,3 (2,5-10,0)   |        | 11,2 (4,9-17,4) |
| Célibataire avec enfant(s)              |        | 5,7 (0,3-11,2)  |        | 6,7 (0,0-16,2)   |        | 5,1 (0,0-11,4)  |
| Couple sans enfant                      |        | 14,3 (8,6-20,0) |        | 16,6 (10,2-23,1) |        | 12,1 (4,5-19,6) |
| Couple avec enfant(s)                   |        | 7,6 (4,2-11,0)  |        | 10,3 (4,5-16,1)  |        | 4,9 (1,0-8,9)   |
| <b>Niveau d'urbanisation</b>            | 1 393  |                 | 674    |                  | 719    |                 |
| Grandes villes et agglomérations denses |        | 8,3 (4,2-12,4)  |        | 7,3 (2,4-12,4)   |        | 9,3 (2,8-15,7)  |
| Zones suburbaines/banlieues             |        | 13,3 (7,7-19,0) |        | 12,5 (6,2-18,8)  |        | 14,1 (6,6-21,7) |
| Communes urbanisées                     |        | 8,2 (3,7-12,7)  |        | 13,1 (4,4-21,9)  |        | 4,7 (0,1-9,2)   |
| Zones rurales                           |        | 7,9 (4,8-10,9)  |        | 9,7 (5,3-14,0)   |        | 6,0 (2,5-9,5)   |

Source : Enquête HIS 2023-2024 (analyse et adaptation : Eurotox)

le genre et certaines caractéristiques sociodémographiques. La proportion de personnes consommant de l'alcool tous les jours semblait plus élevée chez les personnes ayant fait des études supérieures, chez les couples sans enfant et dans les zones suburbaines/banlieues. Cependant, les intervalles de confiance se chevauchaient largement, ce qui indique qu'aucune différence n'était statistiquement significative entre les groupes.

### 7.3.4 LA CONSOMMATION HEBDOMADAIRE D'ALCOOL SUPÉRIEURE À DIX VERRES

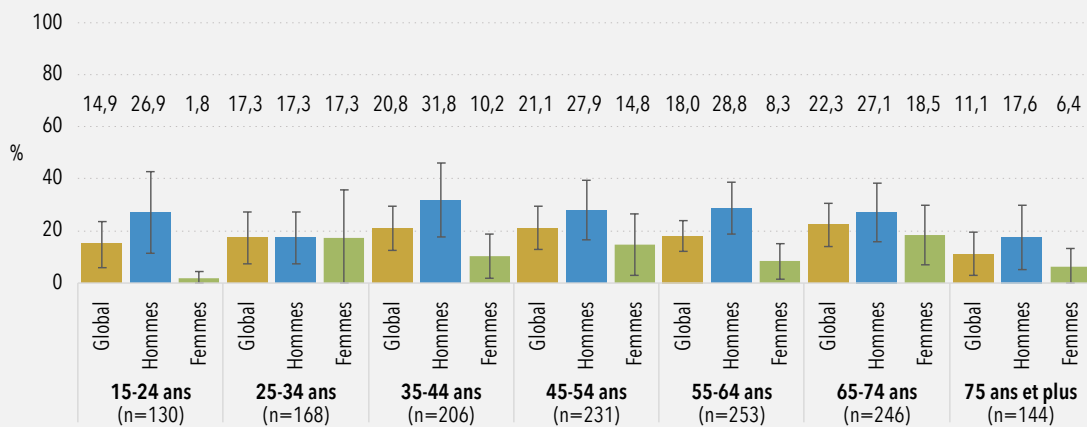
En 2023-2024, en Wallonie, 47,6 % de la population âgée de 15 ans et plus consommait de l'alcool au moins une fois par semaine (56,0 % des hommes et 38,2 % des femmes).

Près d'une personne sur cinq (18,4 %) consommait plus de dix verres d'alcool par semaine. Cette proportion était plus élevée chez les hommes (25,9 %) que chez les femmes (11,5 %) et ne variait pas

significativement en fonction des tranches d'âge (Figure 26).

La prévalence de consommation hebdomadaire d'alcool supérieure à dix verres ne variait pas significativement selon le niveau d'éducation, la composition du ménage ou le degré d'urbanisation du lieu de résidence (Tableau 16).

Figure 26. Proportions de Wallon-es âgé-es de 15 ans et plus déclarant avoir consommé au moins dix verres au cours des 12 derniers mois, globalement et en fonction du genre et de l'âge (n=1 378)



Source : Enquête HIS 2023-2024 (analyse et adaptation : Eurotox)

Tableau 16. Proportions de Wallon-es âgé-es de 15 ans et plus consommant au moins dix verres d'alcool chaque semaine au cours des 12 derniers mois, selon différentes caractéristiques sociodémographiques, globalement et en fonction du genre

|   | Global |                  | Genre  |                  |        |                 |
|---|--------|------------------|--------|------------------|--------|-----------------|
|   | n      | % (IC 95 %)      | Hommes |                  | Femmes |                 |
|   |        |                  | n      | % (IC 95 %)      | n      | % (IC 95 %)     |
| <b>Niveau d'éducation</b>               | 1 378  |                  | 667    |                  | 711    |                 |
| Secondaire inférieur                    |        | 12,7 (4,9-20,6)  |        | 15,9 (3,7-28,1)  |        | 10,1 (0,5-19,7) |
| Secondaire supérieur                    |        | 14,7 (8,9-20,6)  |        | 18,7 (11,7-25,7) |        | 10,9 (0,3-21,6) |
| Etudes supérieures                      |        | 23,0 (18,4-27,5) |        | 34,5 (27,5-41,5) |        | 12,4 (7,9-16,9) |
| <b>Composition du ménage</b>            | 1 324  |                  | 641    |                  | 683    |                 |
| Célibataire                             |        | 17,9 (11,7-24,2) |        | 25,7 (16,9-34,6) |        | 10,9 (1,9-20,0) |
| Célibataire avec enfant(s)              |        | 18,8 (8,0-29,5)  |        | 38,3 (14,9-61,6) |        | 6,1 (0,3-12,0)  |
| Couple sans enfant                      |        | 23,1 (15,5-30,8) |        | 25,9 (17,8-34,0) |        | 20,5 (7,4-33,6) |
| Couple avec enfant(s)                   |        | 15,3 (10,8-19,8) |        | 22,6 (15,1-30,1) |        | 8,2 (3,5-13,0)  |
| <b>Niveau d'urbanisation</b>            | 1 378  |                  | 667    |                  | 711    |                 |
| Grandes villes et agglomérations denses |        | 15,5 (8,7-22,3)  |        | 0,5 (10,4-30,7)  |        | 10,9 (2,7-19,2) |
| Zones suburbaines/banlieues             |        | 21,9 (15,2-28,7) |        | 30,1 (20,5-39,7) |        | 13,6 (6,0-21,1) |
| Communes urbanisées                     |        | 14,8 (9,6-20,0)  |        | 24,5 (14,5-34,4) |        | 7,9 (2,6-13,3)  |
| Zones rurales                           |        | 22,3 (15,4-29,2) |        | 29,6 (20,7-38,4) |        | 14,7 (2,0-27,4) |

Source : Enquête HIS 2023-2024 (analyse et adaptation : Eurotox)

### 7.3.5 L'HYPER-ALCOOLISATION ÉPISODIQUE

Dans l'enquête HIS, l'hyper-alcoolisation épisodique correspond à la consommation d'au moins 6 verres standards d'alcool lors d'une même occasion, sur une période donnée au cours des 12 derniers mois.

#### A) HYPER-ALCOOLISATION AU MOINS UNE FOIS PAR MOIS

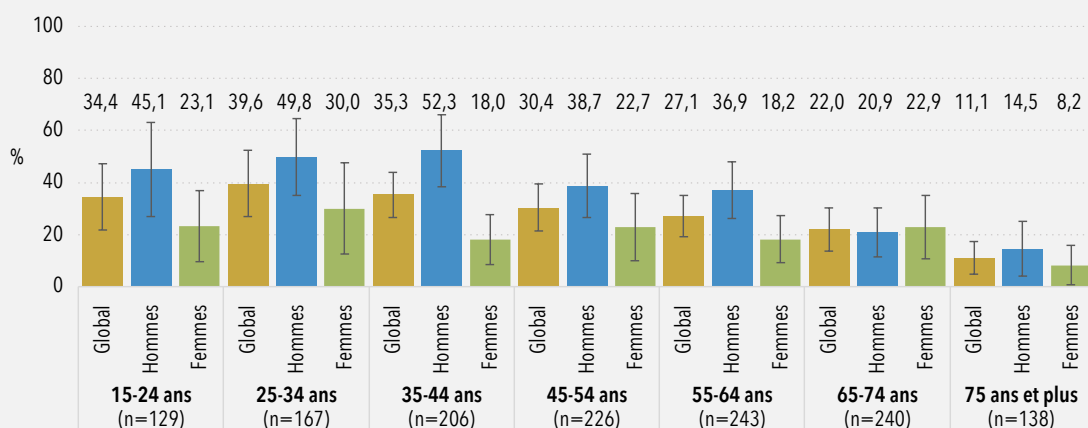
Trois Wallon-nes sur dix (29,9 %) ont déclaré avoir consommé au moins six verres d'alcool lors d'une même occasion au moins une

fois par mois au cours des 12 derniers mois. Cette proportion était significativement plus élevée chez les hommes (39,2 %) que chez les femmes (21,1 %). Par tranches d'âge, on observe que la proportion diminuait chez les plus âgé-es et que l'écart entre les genres se réduisait (Figure 27).

Chez les hommes, la proportion de personnes ayant déclaré avoir consommé au moins six verres lors d'une même occasion au moins une fois par mois au cours des 12 derniers mois (hyper-alcoolisation mensuelle) était plus élevée chez ceux ayant un niveau d'études supérieures (47,6 %)

que chez ceux ayant un niveau d'études secondaire inférieur (22,2 %) (Tableau 17). En revanche, l'hyper-alcoolisation mensuelle ne variait pas significativement selon la composition du ménage ou le niveau d'urbanisation.

Figure 27. Proportions de Wallon-nes âgé-es de 15 ans et plus rapportant de l'hyper-alcoolisation mensuellement au cours des 12 derniers mois, globalement et en fonction du genre et de l'âge (n=1 349)



Source : Enquête HIS 2023-2024 (analyse et adaptation : Eurotox)

Tableau 17. Proportion de Wallon-nes âgé-es de 15 ans et plus rapportant de l'hyper-alcoolisation mensuellement au cours des 12 derniers mois, selon différentes caractéristiques sociodémographiques, globalement et en fonction du genre

|   | Global |                  | Genre  |                  |        |                  |
|---|--------|------------------|--------|------------------|--------|------------------|
|   | n      | % (IC 95 %)      | Hommes |                  | Femmes |                  |
|   |        |                  | n      | % (IC 95 %)      | n      | % (IC 95 %)      |
| <b>Niveau d'éducation</b>               | 1 349  |                  | 662    |                  | 687    |                  |
| Secondaire inférieur                    |        | 20,1 (11,2-29,0) |        | 22,2 (8,6-35,8)  |        | 18,4 (7,0-29,7)  |
| Secondaire supérieur                    |        | 30,3 (22,1-38,6) |        | 36,2 (27,1-45,2) |        | 24,4 (12,7-36,2) |
| Etudes supérieures                      |        | 33,4 (27,9-39,0) |        | 47,6 (40,3-55,0) |        | 20,3 (14,2-26,4) |
| <b>Composition du ménage</b>            | 1 296  |                  | 636    |                  | 660    |                  |
| Célibataire                             |        | 26,3 (19,3-33,3) |        | 30,2 (20,6-39,7) |        | 22,8 (12,4-33,1) |
| Célibataire avec enfant(s)              |        | 36,6 (20,2-52,9) |        | 57,6 (32,0-83,3) |        | 22,9 (8,5-37,3)  |
| Couple sans enfant                      |        | 29,2 (19,0-39,4) |        | 36,9 (26,7-47,0) |        | 21,7 (8,1-35,2)  |
| Couple avec enfant(s)                   |        | 31,8 (26,0-37,5) |        | 42,7 (34,1-51,3) |        | 20,8 (13,3-28,2) |
| <b>Niveau d'urbanisation</b>            | 1 349  |                  | 662    |                  | 687    |                  |
| Grandes villes et agglomérations denses |        | 22,2 (14,0-30,5) |        | 29,9 (17,2-42,6) |        | 15,1 (5,3-24,8)  |
| Zones suburbaines/banlieues             |        | 33,2 (25,6-40,7) |        | 40,8 (30,6-51,0) |        | 24,9 (15,4-34,4) |
| Communes urbanisées                     |        | 28,4 (20,5-36,3) |        | 38,9 (28,1-49,7) |        | 20,8 (11,1-30,4) |
| Zones rurales                           |        | 37,2 (28,4-45,9) |        | 48,2 (39,1-57,3) |        | 25,5 (13,6-37,5) |

Source : Enquête HIS 2023-2024 (analyse et adaptation : Eurotox)

## B) HYPER-ALCOOLISATION AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE

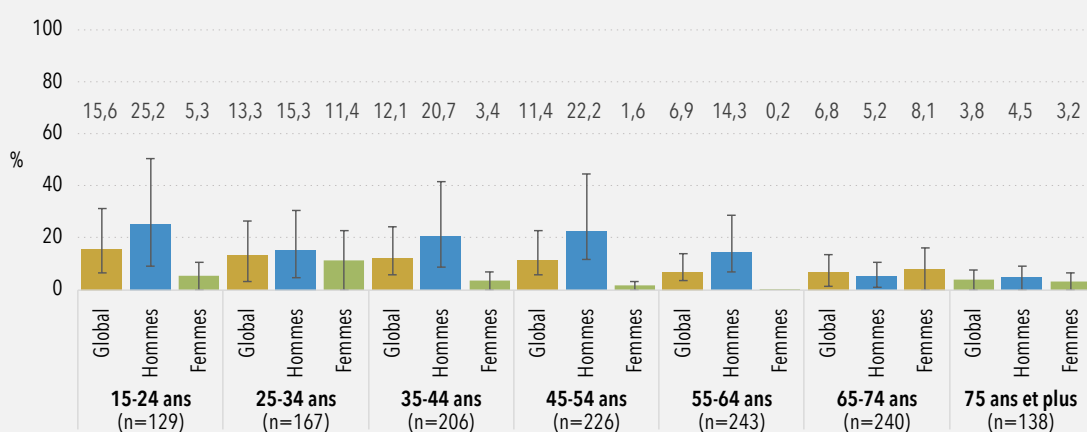
Un-e habitant-e de Wallonie sur dix (10,4 %) a déclaré avoir consommé au moins six verres d'alcool lors d'une même occasion au moins une fois par semaine au cours des 12 derniers mois. Cette proportion était plus de trois fois plus élevée chez les hommes (16,4 %) que chez les femmes (4,8 %).

Chez les hommes, les pourcentages les plus élevés se retrouvaient chez les 15-24 ans (25,2 %), les 45-54 ans (22,2 %) et les 35-44 ans (20,7 %) (Figure 28). Chez les femmes,

la proportion la plus élevée concernait les 25-34 ans (11,4 %).

La prévalence d'hyper-alcoolisation hebdomadaire ne variait pas significativement selon le niveau d'éducation, la composition du ménage ou le degré d'urbanisation du lieu de résidence (Tableau 18).

Figure 28. Proportions de Wallon-nes âgé-es de 15 ans et plus rapportant de l'hyper-alcoolisation chaque semaine au cours des 12 derniers mois, globalement et en fonction du genre et de l'âge (n=1 349)



Source : Enquête HIS 2023-2024 (analyse et adaptation : Eurotox)

Tableau 18. Proportion de Wallon-nes âgé-es de 15 ans et plus rapportant de l'hyper-alcoolisation chaque semaine au cours des 12 derniers mois, selon différentes caractéristiques sociodémographiques, globalement et en fonction du genre

|   | Global |                 | Genre  |                  |        |                 |
|---|--------|-----------------|--------|------------------|--------|-----------------|
|   | n      | % (IC 95 %)     | Hommes |                  | Femmes |                 |
|   | n      | % (IC 95 %)     | n      | % (IC 95 %)      | n      | % (IC 95 %)     |
| <b>Niveau d'éducation</b>               | 1 349  |                 | 662    |                  | 687    |                 |
| Secondaire inférieur                    |        | 9,0 (2,5-15,5)  |        | 16,9 (3,7-30,1)  |        | 2,2 (0,0-4,7)   |
| Secondaire supérieur                    |        | 10,4 (4,5-16,2) |        | 13,1 (6,9-19,4)  |        | 7,6 (0,0-18,2)  |
| Etudes supérieures                      |        | 11,0 (7,3-14,7) |        | 18,4 (12,2-24,6) |        | 4,2 (1,0-7,3)   |
| <b>Composition du ménage</b>            | 1 296  |                 | 636    |                  | 660    |                 |
| Célibataire                             |        | 8,4 (4,4-12,4)  |        | 15,0 (7,4-22,5)  |        | 2,3 (0,0-4,7)   |
| Célibataire avec enfant(s)              |        | 16,8 (6,0-27,7) |        | 39,9 (16,2-63,5) |        | 1,9 (0,0-5,3)   |
| Couple sans enfant                      |        | 11,9 (4,1-19,6) |        | 11,4 (5,8-16,9)  |        | 12,3 (0,0-26,3) |
| Couple avec enfant(s)                   |        | 9,5 (5,6-13,4)  |        | 15,8 (8,7-22,9)  |        | 3,1 (0,7-5,5)   |
| <b>Niveau d'urbanisation</b>            | 1 349  |                 | 662    |                  | 687    |                 |
| Grandes villes et agglomérations denses |        | 9,5 (4,0-15,0)  |        | 18,6 (8,0-29,2)  |        | 0,9 (0,0-2,7)   |
| Zones suburbaines/banlieues             |        | 10,7 (4,5-16,9) |        | 13,9 (6,1-21,7)  |        | 7,3 (0,4-14,2)  |
| Communes urbanisées                     |        | 6,2 (2,3-10,2)  |        | 12,8 (3,9-21,7)  |        | 1,4 (0,0-3,4)   |
| Zones rurales                           |        | 15,5 (8,8-22,1) |        | 19,5 (12,5-26,5) |        | 11,2 (0,0-24,3) |

Source : Enquête HIS 2023-2024 (analyse et adaptation : Eurotox)

### 7.3.6 LE BINGE DRINKING

Le *binge drinking* se définit comme une consommation ponctuelle excessive d'alcool visant à potentialiser rapidement ses effets. Dans l'enquête HIS, il correspond à l'ingestion d'au moins six verres d'alcool en deux heures maximum pour les hommes et d'au moins quatre verres pour les femmes.

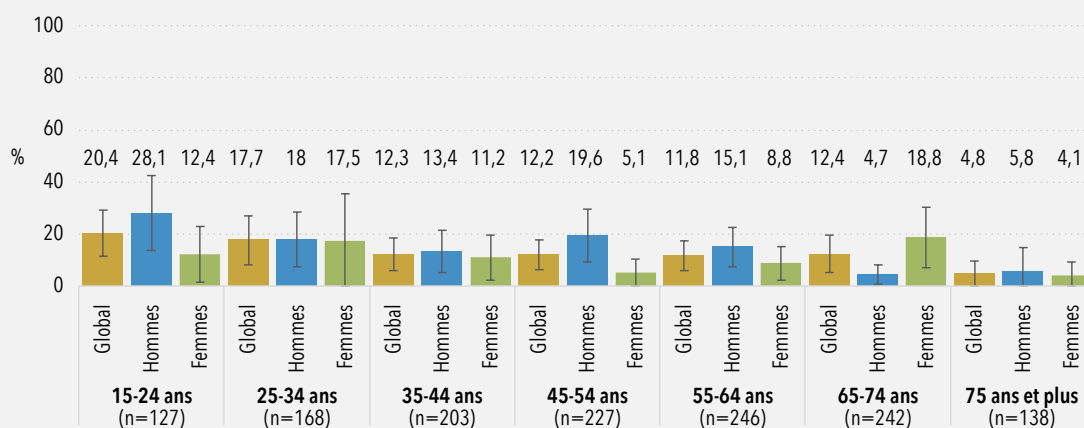
En 2023-2024, 43,0 % des Wallonnes déclaraient ne jamais pratiquer le *binge drinking*. Parmi les autres, près d'un-e Wallon-ne sur cinq (19,6 %) n'avait pas pratiqué de *binge drinking* au cours des 12

derniers mois, tandis que 23,9 % l'avaient fait moins d'une fois par mois et 13,4 % au moins une fois par mois, dont 5,1 % au moins une fois par semaine.

La prévalence de *binge drinking* mensuelle dans la population wallonne atteignait ainsi 13,4 %, sans différence significative entre genres (hommes : 15,8 % ; femmes : 11,3 %). Elle était la plus élevée chez les 15-34 ans (environ 19 %), diminuait à 12 % entre 35 et 74 ans et tombait sous les 5 % après 75 ans (Figure 29).

La prévalence de *binge drinking* mensuel ne variait pas significativement selon le niveau d'éducation, la composition du ménage ou le degré d'urbanisation du lieu de résidence (Tableau 19).

Figure 29. Proportions de Wallonnes âgées d'au moins 15 ans pratiquant du *binge drinking* mensuellement, globalement et en fonction du genre et de l'âge (n=1 351)



Source : Enquête HIS 2023-2024 (analyse et adaptation : Eurotox)

Tableau 19. Proportions de Wallonnes âgées de 15 ans et plus pratiquant du *binge drinking* mensuellement au cours des 12 derniers mois, selon différentes caractéristiques sociodémographiques, globalement et en fonction du genre

|   | Global |                 | Genre  |                  |        |                 |
|---|--------|-----------------|--------|------------------|--------|-----------------|
|   | n      | % (IC 95 %)     | Hommes |                  | Femmes |                 |
|   |        |                 | n      | % (IC 95 %)      | n      | % (IC 95 %)     |
| <b>Niveau d'éducation</b>               | 1 351  |                 | 657    |                  | 694    |                 |
| Secondaire inférieur                    |        | 11,7 (5,6-17,9) |        | 14,5 (4,1-25,0)  |        | 9,4 (2,4-16,4)  |
| Secondaire supérieur                    |        | 14,6 (8,4-20,8) |        | 14,2 (8,1-20,3)  |        | 15,0 (3,8-26,1) |
| Etudes supérieures                      |        | 13,4 (9,8-17,0) |        | 17,2 (12,2-22,2) |        | 9,9 (5,9-14,0)  |
| <b>Composition du ménage</b>            | 1 298  |                 | 631    |                  | 667    |                 |
| Célibataire                             |        | 14,2 (8,9-19,4) |        | 16,4 (8,5-24,4)  |        | 12,1 (5,3-19,0) |
| Célibataire avec enfant(s)              |        | 14,2 (6,1-22,2) |        | 30,2 (10,5-50,0) |        | 4,1 (0,3-7,9)   |
| Couple sans enfant                      |        | 15,0 (7,1-22,8) |        | 13,5 (7,3-19,8)  |        | 16,4 (2,7-30,0) |
| Couple avec enfant(s)                   |        | 13,0 (8,9-17,1) |        | 14,6 (9,3-20,0)  |        | 11,4 (5,9-16,9) |
| <b>Niveau d'urbanisation</b>            | 1 351  |                 | 657    |                  | 694    |                 |
| Grandes villes et agglomérations denses |        | 11,0 (5,7-16,3) |        | 13,2 (5,6-20,8)  |        | 9,0 (2,4-15,5)  |
| Zones suburbaines/banlieues             |        | 14,3 (8,2-20,3) |        | 14,5 (7,1-21,9)  |        | 14,0 (6,3-21,7) |
| Communes urbanisées                     |        | 12,7 (7,6-17,7) |        | 17,6 (9,2-26,1)  |        | 9,0 (3,3-14,8)  |
| Zones rurales                           |        | 16,4 (9,9-22,9) |        | 18,1 (11,7-24,5) |        | 14,6 (1,9-27,3) |

Source : Enquête HIS 2023-2024 (analyse et adaptation : Eurotox)

### 7.3.7 L'USAGE PROBLÉMATIQUE

L'usage problématique d'alcool a été estimé à l'aide du test de screening CAGE (ou son acronyme français : DETA), qui se compose des quatre questions suivantes : (i) Vous est-il déjà arrivé de ressentir le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ? ; (ii) Vous a-t-on déjà fait des critiques au sujet de votre consommation d'alcool ? ; (iii) Vous êtes-vous déjà senti-e coupable concernant votre consommation d'alcool ? ; (iv) Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le lever pour vous sentir en forme ou vous remettre d'aplomb ? En cas de réponse positive à au moins deux des quatre

questions, on considère qu'il y occurrence d'un usage problématique d'alcool. Dans le cadre des enquêtes de santé, la formulation des réponses au test a été adaptée afin de permettre l'estimation de la prévalence d'une consommation problématique sur les 12 derniers mois, en complément de la prévalence à vie généralement mesurée par l'outil original.

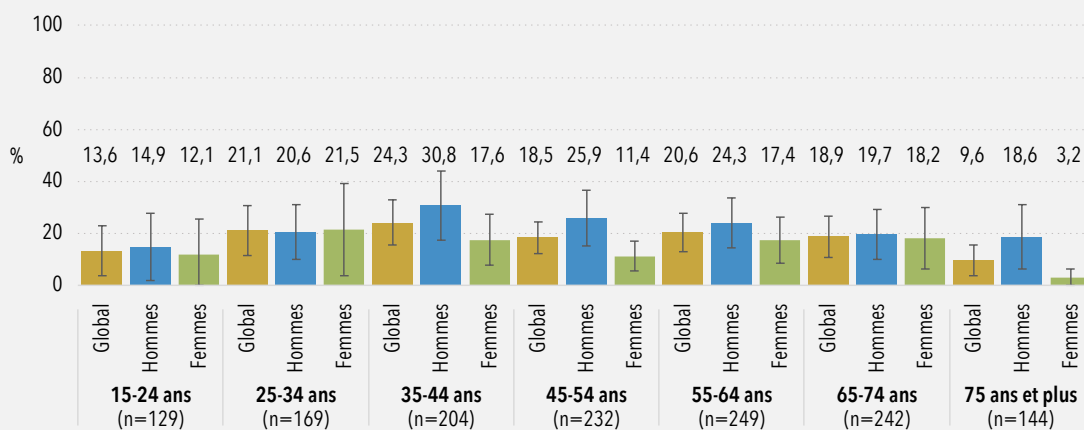
#### A) USAGE PROBLÉMATIQUE AU COURS DE LA VIE

Près d'un-e wallon-ne sur cinq (18,7 %) aurait connu un usage problématique de l'alcool au cours de sa vie, sans différence

significative entre les hommes (22,7 %) et femmes (15,1 %), ni entre les tranches d'âges (Figure 30).

La prévalence d'usage problématique d'alcool au cours de la vie était significativement plus élevée chez les personnes ayant fait des études supérieures que chez celles dont le niveau d'études était inférieur (Tableau 20). Elle ne variait pas selon la composition du ménage ni selon le degré d'urbanisation du lieu de résidence.

Figure 30. Proportions de Wallon-nes âgé-es d'au moins 15 ans ayant connu un usage problématique de l'alcool au cours de la vie, globalement et en fonction du genre et de l'âge (n= 1 369)



Source : Enquête HIS 2023-2024 (analyse et adaptation : Eurotox)

Tableau 20. Proportions de Wallon-nes âgé-es de 15 ans et plus ayant connu un usage problématique au cours de la vie selon la fréquence d'usage problématique d'alcool au cours de la vie, selon différentes caractéristiques sociodémographiques, globalement et en fonction du genre

|   | Global |                  | Genre  |                  |        |                  |
|---|--------|------------------|--------|------------------|--------|------------------|
|   |        |                  | Hommes |                  | Femmes |                  |
|   | n      | % (IC 95 %)      | n      | % (IC 95 %)      | n      | % (IC 95 %)      |
| <b>Niveau d'éducation</b>               | 1 369  |                  | 663    |                  | 706    |                  |
| Secondaire inférieur                    |        | 13,1 (10,0-16,1) |        | 17,6 (7,5-27,6)  |        | 6,3 (0,6-11,9)   |
| Secondaire supérieur                    |        | 15,5 (12,7-18,3) |        | 16,4 (10,3-22,5) |        | 17,8 (6,5-29,2)  |
| Etudes supérieures                      |        | 22,5 (20,5-24,6) |        | 28,8 (21,5-36,0) |        | 17,3 (12,4-22,2) |
| <b>Composition du ménage</b>            | 1 315  |                  | 637    |                  | 678    |                  |
| Célibataire                             |        | 16,6 (11,4-21,8) |        | 24,2 (15,6-32,9) |        | 9,7 (3,9-15,6)   |
| Célibataire avec enfant(s)              |        | 16,3 (6,5-26,0)  |        | 16,0 (3,1-28,9)  |        | 16,5 (4,1-28,8)  |
| Couple sans enfant                      |        | 21,9 (14,5-29,3) |        | 20,2 (13,4-27,1) |        | 23,5 (10,6-36,4) |
| Couple avec enfant(s)                   |        | 17,4 (12,5-22,3) |        | 21,8 (13,7-29,9) |        | 13,0 (7,7-18,2)  |
| <b>Niveau d'urbanisation</b>            | 1 369  |                  | 663    |                  | 706    |                  |
| Grandes villes et agglomérations denses |        | 16,3 (9,6-23,0)  |        | 20,4 (9,7-31,1)  |        | 12,5 (4,6-20,5)  |
| Zones suburbaines/banlieues             |        | 24,7 (18,4-31,0) |        | 33,4 (24,0-42,8) |        | 15,6 (7,9-23,2)  |
| Communes urbanisées                     |        | 15,4 (10,1-20,6) |        | 16,4 (9,3-23,5)  |        | 14,7 (8,2-21,1)  |
| Zones rurales                           |        | 19,8 (13,1-26,5) |        | 21,0 (13,4-28,6) |        | 18,5 (6,2-30,9)  |

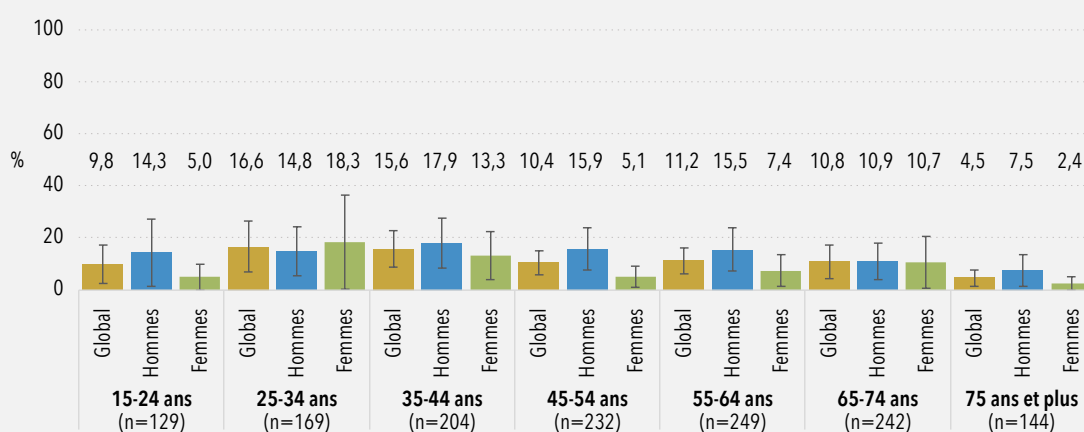
Source : Enquête HIS 2023-2024 (analyse et adaptation : Eurotox)

## B) USAGE PROBLÉMATIQUE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

Environ un-e Wallon-ne sur dix (11,7 %) a connu un usage problématique de l'alcool au cours des 12 derniers mois, sans différence significative entre les hommes (14,5 %) et femmes (9,3 %), ni entre les tranches d'âges (Figure 31).

La prévalence d'usage problématique d'alcool au cours des 12 derniers mois était significativement plus élevée chez les personnes ayant fait des études supérieures que chez celles dont le niveau d'études était inférieur (Tableau 21). Elle ne variait pas selon la composition du ménage ni selon le degré d'urbanisation du lieu de résidence.

Figure 31. Proportions de Wallon-nes âgés d'au moins 15 ans ayant connu un usage problématique de l'alcool au cours des 12 derniers mois, globalement et en fonction du genre et de l'âge (n=1 369)



Source : Enquête HIS 2023-2024 (analyse et adaptation : Eurotox)

Tableau 21. Proportions de Wallon-nes âgées de 15 ans et plus ayant connu un usage problématique au cours des 12 derniers mois, selon différentes caractéristiques sociodémographiques, globalement et en fonction du genre

|   | Global |                  | Genre  |                  |        |                 |
|---|--------|------------------|--------|------------------|--------|-----------------|
|   | n      | % (IC 95 %)      | Hommes |                  | Femmes |                 |
|   | n      | % (IC 95 %)      | n      | % (IC 95 %)      | n      | % (IC 95 %)     |
| <b>Niveau d'éducation</b>               | 1 369  |                  | 663    |                  | 706    |                 |
| Secondaire inférieur                    |        | 4,5 (0,9-8,0)    |        | 9,5 (1,5-17,5)   |        | 0,4 (0,0-1,0)   |
| Secondaire supérieur                    |        | 11,9 (6,0-17,7)  |        | 11,9 (6,4-17,4)  |        | 11,8 (1,2-22,5) |
| Etudes supérieures                      |        | 14,7 (11,2-18,2) |        | 18,0 (12,7-23,4) |        | 11,6 (7,3-15,8) |
| <b>Composition du ménage</b>            | 1 315  |                  | 637    |                  | 678    |                 |
| Célibataire                             |        | 9,9 (5,9-13,9)   |        | 16,8 (9,3-24,4)  |        | 3,7 (1,2-6,2)   |
| Célibataire avec enfant(s)              |        | 9,1 (2,9-15,3)   |        | 12,7 (1,0-24,4)  |        | 6,8 (1,2-12,4)  |
| Couple sans enfant                      |        | 14,2 (7,2-21,1)  |        | 11,9 (6,6-17,1)  |        | 16,4 (3,2-29,5) |
| Couple avec enfant(s)                   |        | 12,0 (7,9-16,0)  |        | 14,6 (8,5-20,7)  |        | 9,4 (4,5-14,2)  |
| <b>Niveau d'urbanisation</b>            | 1 369  |                  | 663    |                  | 706    |                 |
| Grandes villes et agglomérations denses |        | 9,6 (4,8-14,4)   |        | 14,9 (6,6-23,2)  |        | 4,8 (0,5-9,1)   |
| Zones suburbaines/banlieues             |        | 16,9 (11,2-22,6) |        | 21,2 (13,1-29,3) |        | 12,4 (5,0-19,9) |
| Communes urbanisées                     |        | 9,3 (5,7-13,0)   |        | 11,3 (5,2-17,4)  |        | 7,9 (3,0-12,9)  |
| Zones rurales                           |        | 12,2 (5,7-18,6)  |        | 10,6 (6,2-14,9)  |        | 13,9 (1,1-26,7) |

Source : Enquête HIS 2023-2024 (analyse et adaptation : Eurotox)

### 7.3.8 LA CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE

La consommation à moindre risque est un indicateur composite élaboré par Sciensano afin d'estimer la proportion de personnes respectant quatre recommandations relatives aux quantités et fréquences de consommation d'alcool visant à réduire les risques pour la santé. Ces recommandations sont : (i) ne pas consommer d'alcool ; (ii) pour celles et ceux qui en consomment malgré tout, ne pas dépasser 10 unités par semaine réparties sur plusieurs jours, (iii) s'abstenir au moins deux jours par semaine ; (iv) ne pas dépasser deux unités par jour

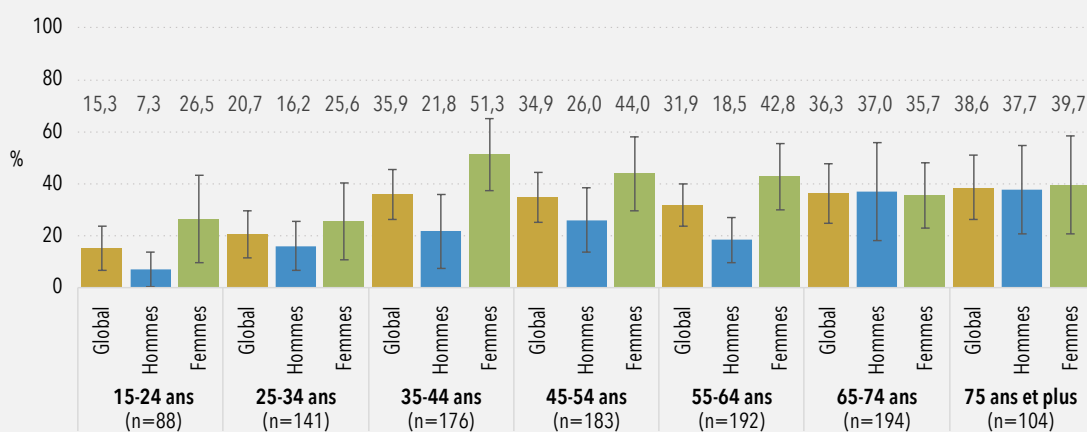
et ne pas excéder quatre unités lors d'une même occasion.

En 2023-2024, en Wallonie, parmi les participant-es à l'enquête HIS ayant déclaré une consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois, 30,6 % respectaient l'ensemble de ces recommandations. Cette proportion était significativement plus élevée chez les femmes (38,8 %) que chez les hommes (22,7 %). Comme attendu, elle était significativement plus faible chez les 15-24 ans que dans les tranches d'âges supérieures (à l'exception des 25-34 ans) (Figure 32). L'écart entre les genres apparaissait marqué jusqu'aux 55-64

ans, sans toujours atteindre le seuil de significativité, tandis qu'il devenait quasi inexistant à partir de 65 ans.

La proportion de personnes respectant les recommandations de consommation à moindre risque ne différait pas selon le niveau d'éducation, la composition du ménage ou le degré d'urbanisation du lieu de résidence (Tableau 22).

Figure 32. Proportions de Wallon·nes âgé·es d'au moins 15 ans respectant les quatre recommandations de réduction des risques, globalement et en fonction du genre et de l'âge (n=1 078)



Source : Enquête HIS 2023-2024 (analyse et adaptation : Eurotox)

Tableau 22. Proportions de Wallon·nes âgé·es de 15 ans et plus respectant les quatre recommandations de réduction des risques, selon différentes caractéristiques sociodémographiques, globalement et en fonction du genre

|   | Global |                  | Genre  |                  |        |                  |
|---|--------|------------------|--------|------------------|--------|------------------|
|   | n      | % (IC 95 %)      | Hommes |                  | Femmes |                  |
|   |        |                  | n      | % (IC 95 %)      | n      | % (IC 95 %)      |
| <b>Niveau d'éducation</b>               | 1078   |                  | 557    |                  | 521    |                  |
| Secondaire inférieur                    |        | 31,6 (19,1-44,1) |        | 36,0 (16,8-55,2) |        | 26,1 (12,6-39,6) |
| Secondaire supérieur                    |        | 26,8 (19,8-33,7) |        | 17,7 (10,5-24,9) |        | 36,2 (24,8-47,5) |
| Etudes supérieures                      |        | 32,4 (26,8-38,0) |        | 21,6 (15,3-27,9) |        | 43,2 (35,5-51,0) |
| <b>Composition du ménage</b>            | 1038   |                  | 536    |                  | 502    |                  |
| Célibataire                             |        | 32,3 (24,5-40,1) |        | 25,3 (14,6-36,0) |        | 38,7 (27,3-50,1) |
| Célibataire avec enfant(s)              |        | 23,7 (11,0-36,3) |        | 7,3 (0,0-15,5)   |        | 36,2 (17,6-54,8) |
| Couple sans enfant                      |        | 31,4 (22,8-40,0) |        | 27,3 (15,4-39,2) |        | 35,7 (24,5-46,9) |
| Couple avec enfant(s)                   |        | 29,7 (23,3-36,0) |        | 20,6 (13,5-27,8) |        | 40,3 (30,2-50,5) |
| <b>Niveau d'urbanisation</b>            | 1078   |                  | 557    |                  | 521    |                  |
| Grandes villes et agglomérations denses |        | 31,8 (21,3-42,3) |        | 27,4 (11,6-43,2) |        | 36,0 (22,1-49,9) |
| Zones suburbaines/banlieues             |        | 33,7 (26,6-40,8) |        | 28,0 (18,7-37,3) |        | 40,3 (29,5-51,2) |
| Communes urbanisées                     |        | 36,4 (27,2-45,5) |        | 23,3 (12,7-33,9) |        | 48,3 (36,0-60,5) |
| Zones rurales                           |        | 21,2 (15,4-27,0) |        | 14,0 (8,5-19,4)  |        | 29,7 (20,2-39,1) |

Source : Enquête HIS 2023-2024 (analyse et adaptation : Eurotox)

### 7.3.9 ÉVOLUTIONS

Certains des indicateurs présentés précédemment ont également été mesurés lors d'enquêtes antérieures, ce qui permet d'en analyser l'évolution. Comme l'illustre la **figure 33**, la prévalence de la consommation d'au moins un verre d'alcool par jour a augmenté entre 2004 (10,6 %) et 2013 (16,4 %), avant de diminuer et de se stabiliser autour de 9,6 % lors des deux dernières enquêtes. La consommation hebdomadaire de plus de dix verres, mesurée pour la première fois en 2013, était de 17,4 %, a baissé à 13,9 % en 2018,

puis est remontée à 18,4 % en 2023-2024. L'hyper-alcoolisation hebdomadaire est restée relativement stable entre 2008 et 2018, avant de connaître une légère hausse, atteignant 10,4 % lors de la dernière enquête. Enfin, la prévalence de l'usage problématique d'alcool au cours de la vie a fortement augmenté, passant de 8,7 % en 2013 à 12,9 % en 2018, puis à 18,7 % en 2023-2024.

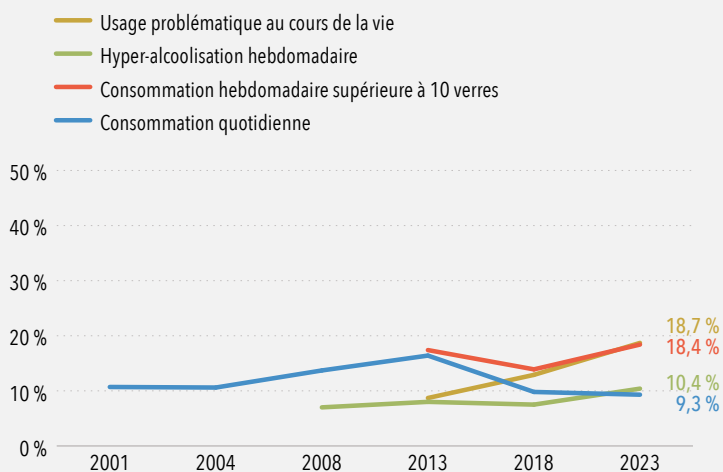
### 7.3.10 LA POLYCONSUMMATION

#### Note méthodologique :

Les analyses suivantes ont été réalisées à partir des données de l'enquête HIS 2018 dont la méthodologie est similaire à celle utilisée pour l'enquête de 2023-2024 décrite en section 7.3. Ce choix est motivé par le fait que nous ne disposons pas encore de la base de données de l'enquête 2023-2024, qui nous permettant d'effectuer ces analyses.

La polyconsommation n'étant pas directement investiguée dans l'enquête HIS 2018, nous avons examiné les usages d'autres substances au cours des 12 derniers mois parmi les personnes ayant déclaré consommer de l'alcool sur la même période. Il ne s'agit donc pas nécessairement d'usages concomitants avec l'alcool.

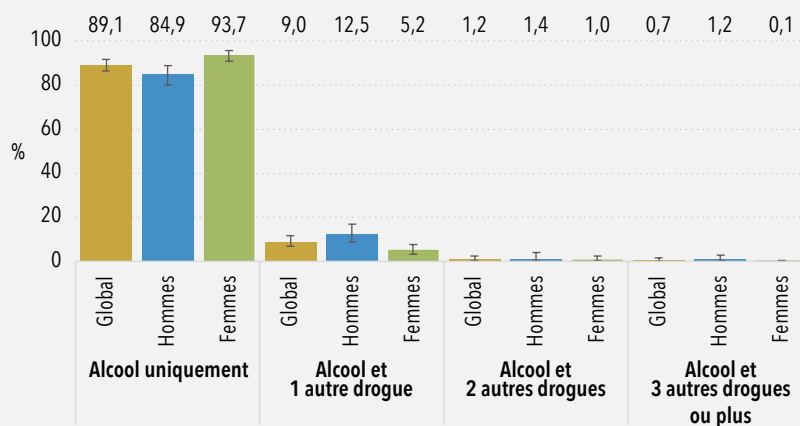
**Figure 33. Évolution de certains indicateurs relatifs à l'usage d'alcool dans la population âgée d'au moins 15 ans et habitant la région wallonne**



Source : Enquêtes HIS (analyse et adaptation : Eurotox)

Parmi les 1 519 personnes ayant déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois et ayant répondu aux questions relatives aux autres drogues mentionnées dans le tableau 23, 89,1 % n'avaient consommé aucune de ces substances durant cette période (**Figure 34**). Parmi les 10,9 % ayant consommé de l'alcool et au moins une autre drogue au cours des 12 derniers mois, la majorité (9,0 %) en avait consommé une seule, 1,2 % en avait consommé deux et 0,7 % trois drogues ou plus. Les hommes étaient

**Figure 34. Proportions de Wallon-nes âgé-es d'au moins 15 ans ayant consommé de l'alcool et des autres drogues au cours des 12 mois précédant l'enquête, globalement et en fonction du genre (n=1 519)**



Source : Enquête HIS 2018 (analyse et adaptation : Eurotox)

proportionnellement plus nombreux (12,5 %) que les femmes (5,2 %) à avoir déclaré une consommation conjointe d'alcool et d'au moins une autre drogue au cours des 12 derniers mois.

En 2018, 8,5 % des habitant-es de la Wallonie âgé-es de 15 ans et plus avaient consommé de l'alcool et du cannabis au cours des 12 mois précédant l'enquête (Tableau 23). Cela concernait davantage les hommes que les femmes et diminuait progressivement avec l'âge. Moins de 2 % des participant-es ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois et une des autres drogues mentionnées dans le tableau 23.

**Tableau 23. Distribution (%) de la population âgée de 15 ans et plus habitant en région wallonne ayant consommé de l'alcool et des drogues au cours des 12 mois précédant l'enquête**

|                         | 15-24 ans <sup>a</sup><br>(%) | 25-34 ans <sup>b</sup><br>(%) | 35-44 ans <sup>c</sup><br>(%) | 45-54 ans <sup>d</sup><br>(%) | 55-64 ans <sup>e</sup><br>(%) | Total <sup>f</sup><br>(%) |
|-------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| <b>Cannabis</b>         |                               |                               |                               |                               |                               |                           |
| Hommes                  | 28,5                          | 23,5                          | 12,3                          | 1,7                           | 1,4                           | 12,2                      |
| Femmes                  | 17,2                          | 4,9                           | 3,4                           | 0,8                           | 0,0                           | 4,2                       |
| Total                   | 23,6                          | 14,9                          | 8,1                           | 1,2                           | 0,7                           | 8,5                       |
| <b>Cocaïne</b>          |                               |                               |                               |                               |                               |                           |
| Hommes                  | 4,2                           | 2,5                           | 2,3                           | 0,0                           | 0,0                           | 1,7                       |
| Femmes                  | 0,0                           | 0,0                           | 0,4                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,1                       |
| Total                   | 2,4                           | 1,4                           | 1,4                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,9                       |
| <b>Crack</b>            |                               |                               |                               |                               |                               |                           |
| Hommes                  | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                       |
| Femmes                  | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                       |
| Total                   | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                       |
| <b>Ecstasy</b>          |                               |                               |                               |                               |                               |                           |
| Hommes                  | 4,2                           | 3,1                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 1,3                       |
| Femmes                  | 0,0                           | 0,4                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,1                       |
| Total                   | 2,4                           | 1,9                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,7                       |
| <b>Amphétamines</b>     |                               |                               |                               |                               |                               |                           |
| Hommes                  | 3,1                           | 0,1                           | 0,0                           | 1,5                           | 0,0                           | 0,9                       |
| Femmes                  | 0,1                           | 0,4                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,1                       |
| Total                   | 1,8                           | 0,2                           | 0,0                           | 0,8                           | 0,0                           | 0,5                       |
| <b>Méthamphétamines</b> |                               |                               |                               |                               |                               |                           |
| Hommes                  | 3,4                           | 0,1                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,6                       |
| Femmes                  | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                       |
| Total                   | 1,9                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,3                       |
| <b>Kétamine</b>         |                               |                               |                               |                               |                               |                           |
| Hommes                  | 2,2                           | 0,1                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,4                       |
| Femmes                  | 0,0                           | 0,4                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,1                       |
| Total                   | 1,3                           | 0,2                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,2                       |

|   | 15-24 ans <sup>a</sup><br>(%) | 25-34 ans <sup>b</sup><br>(%) | 35-44 ans <sup>c</sup><br>(%) | 45-54 ans <sup>d</sup><br>(%) | 55-64 ans <sup>e</sup><br>(%) | Total <sup>f</sup><br>(%) |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| <b>GHB/GBL</b>                                    |                               |                               |                               |                               |                               |                           |
| Hommes  | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                       |
| Femmes  | 0,0                           | 0,4                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,1                       |
| Total   | 0,0                           | 0,2                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                       |
| <b>Héroïne</b>                                    |                               |                               |                               |                               |                               |                           |
| Hommes  | 0,0                           | 0,0                           | 0,5                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,1                       |
| Femmes  | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                       |
| Total   | 0,0                           | 0,0                           | 0,3                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                       |
| <b>LSD, hallucinogènes</b>                        |                               |                               |                               |                               |                               |                           |
| Hommes  | 3,1                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,5                       |
| Femmes  | 0,0                           | 0,4                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,1                       |
| Total   | 1,8                           | 0,2                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,3                       |
| <b>Opioides sans prescription</b>                 |                               |                               |                               |                               |                               |                           |
| Hommes  | 1,1                           | 0,6                           | 0,0                           | 1,5                           | 0,0                           | 0,6                       |
| Femmes  | 0,0                           | 0,0                           | 4,5                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,9                       |
| Total   | 0,6                           | 0,3                           | 2,1                           | 7,8                           | 0,0                           | 0,8                       |
| <b>Nouvelles substances psychoactives (NSP)</b>   |                               |                               |                               |                               |                               |                           |
| Hommes  | 3,1                           | 0,0                           | 0,0                           | 1,5                           | 0,0                           | 0,9                       |
| Femmes  | 1,9                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,3                       |
| Total   | 2,6                           | 0,0                           | 0,0                           | 0,8                           | 0,0                           | 0,6                       |
| <b>Médicaments psychoactifs sans prescription</b> |                               |                               |                               |                               |                               |                           |
| Hommes  | 2,3                           | 3,7                           | 1,5                           | 2,4                           | 1,2                           | 2,2                       |
| Femmes  | 2,0                           | 0,8                           | 4,6                           | 0,0                           | 0,5                           | 1,5                       |
| Total   | 2,2                           | 2,4                           | 3,0                           | 1,2                           | 0,8                           | 1,9                       |

a n=70, sauf cannabis n=71 ; b n=210, sauf cannabis n=222 ;  
c n=232, sauf cannabis n=239 ; d n=197, sauf cannabis n=208 ;  
e n=189, sauf cannabis n=204 ; f N=898, sauf cannabis N=944.  
Source : Enquête HIS 2018 (analyse et adaptation : Eurotox)

## LES DONNÉES PROVENANT D'ENQUÊTES DE CONSOMMATION FOURNISSENT-ELLES UN REFLET FIDÈLE DES CONSOMMATIONS RÉELLES ?

Les enquêtes de consommation telles que celles présentées dans la section 7, fournissent des données essentielles pour analyser les tendances et orienter les politiques de santé publique. Toutefois, ces études présentent certaines limites qui peuvent affecter la fidélité des résultats par rapport aux consommations réelles.

L'un des principaux biais repose sur la sous-déclaration des consommations (Steinhoff *et al.*, 2023), principalement en raison du biais de désirabilité sociale (Davis *et al.*, 2010). Ce biais survient lorsque les participant-es, par souci de conformité aux normes sociales ou pour éviter de juger leur comportement, minimisent leur consommation réelle d'alcool. De plus, ces enquêtes reposent sur des données auto-déclarées, ce qui introduit un biais de mémoire : les participant-es doivent se souvenir et rapporter leur consommation passée, un exercice parfois imprécis, surtout lorsque la période de référence est longue (Nguyen-Louie *et al.*, 2016).

Le taux de participation et le biais d'échantillonnage constituent une autre limite importante. Certaines populations sont sous-représentées, comme les personnes précarisées, sans domicile ou les consommateur-rices à haut risque qui ne participent pas aux enquêtes (Shield & Rehm, 2012). Ces limites se retrouvent également dans l'enquête HIS de Sciensano, pour laquelle le taux de refus de participation s'élevait à 44,7 % en 2023-2024. Par ailleurs, pour des raisons méthodologiques, cette enquête exclut les personnes sans domicile ainsi que les personnes institutionnalisées. De plus, les personnes qui choisissent de répondre peuvent avoir des comportements de consommation différents de celles qui refusent, ce qui affecte la représentativité des résultats.

Enfin, les différences méthodologiques entre les études compliquent la comparaison des données (Ulfsdotter Gunnarsson *et al.*, 2025). Les questionnaires, les définitions utilisées, la façon dont les questions sont formulées et les modes d'administration varient d'une enquête à l'autre et peuvent influencer les réponses. En conséquence, les données d'enquête ne couvriraient que 20 à 70 % de la consommation réelle, comparées aux données sur les ventes d'alcool (Kilian *et al.*, 2020 ; Rehm *et al.* 2020).

Malgré ces limites méthodologiques et les biais qu'elles impliquent, les enquêtes de consommation demeurent des outils essentiels pour documenter les comportements de santé, suivre leur évolution dans le temps et identifier les inégalités sociales et les groupes à risque au sein de la population. Elles offrent un éclairage précieux sur les profils de consommation, les contextes d'usage et les déterminants sociaux de la consommation d'alcool, des dimensions qui échappent largement aux sources administratives. Toutefois, pour obtenir une vision plus complète et plus précise de la consommation d'alcool à l'échelle de la population, il est nécessaire de mobiliser d'autres sources de données, telles que les statistiques de ventes ou les données hospitalières. Les approches de triangulation, combinant enquêtes et sources alternatives, permettent ainsi de corriger en partie la sous-déclaration et d'aboutir à des estimations plus réalistes de la consommation d'alcool (Buckley *et al.*, 2022 ; Rehm *et al.*, 2010 ; Rehm *et al.*, 2020 ; Reid & Robinson, 2017).

# LES FACTEURS ASSOCIÉS À L'USAGE DE L'ALCOOL

## 8.1

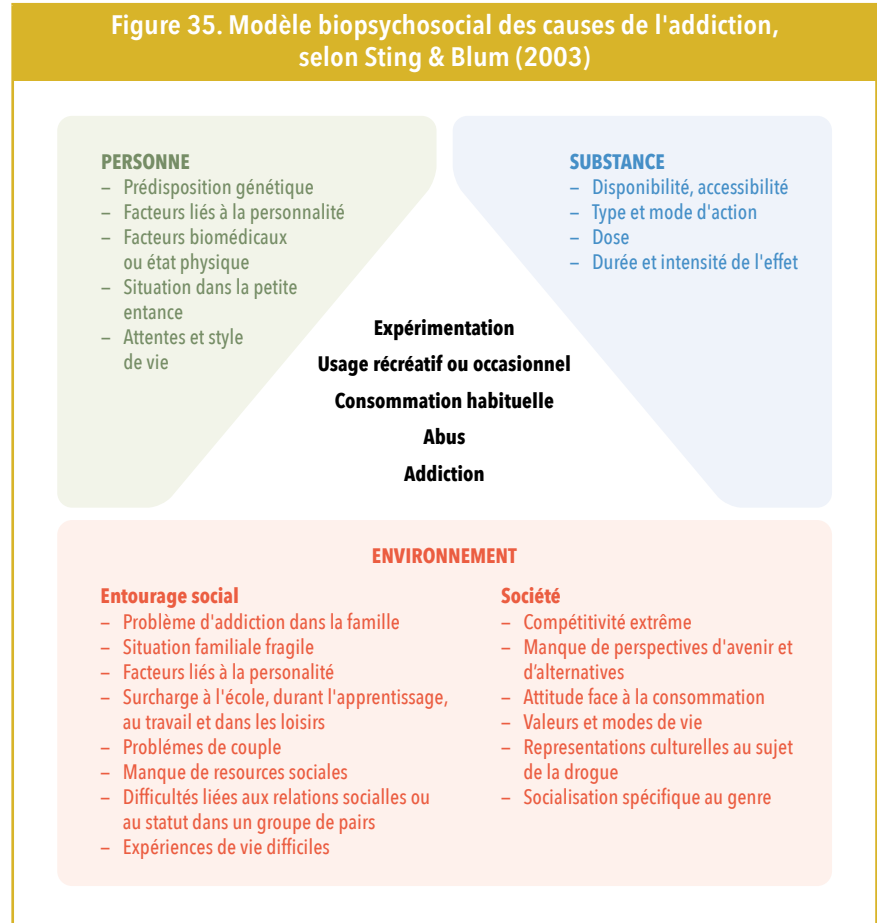
### MODÈLES THÉORIQUES

La consommation d'alcool est influencée par une multitude de facteurs individuels, sociaux et environnementaux. Plusieurs modèles scientifiques ont été élaborés pour comprendre ces déterminants. Le modèle scientifique le plus couramment utilisé pour présenter les déterminants de la consommation d'alcool est le modèle biopsychosocial. Il s'agit d'une approche intégrative qui considère la santé et le comportement humain comme étant le résultat d'interactions complexes entre des facteurs biologiques (prédisposition génétique, facteurs neurologiques, etc.), psychologiques (traits de personnalité, troubles du comportement, etc.) et sociaux (réseau familial, conditions socio-économiques, etc.). Ce modèle, développé par le médecin George Engel en 1977<sup>84</sup>, met en lumière l'importance de ne pas réduire la compréhension de la santé à une simple perspective biomédicale, mais d'inclure également les aspects émotionnels, comportementaux et environnementaux des individus.

**Le modèle trivarié «personne-substance-environnement»**, proposé par le psychiatre français Claude Olievenstein, s'inscrit dans une approche biopsychosociale de la consommation de substances. Dans ses travaux sur les drogues, Olievenstein souligne que : «La toxicomanie<sup>85</sup> surgit à un triple carrefour : celui d'un produit, d'un moment socioculturel et d'une personnalité.

84 Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.

85 Le terme «toxicomanie», utilisé par l'auteur, correspond à une terminologie aujourd'hui en partie remplacée par celle des usages ou troubles liés à l'usage de substances, jugée plus précise et moins stigmatisante.



Ce sont là trois dimensions également constitutives.»<sup>86</sup>

Ce modèle repose sur l'interaction dynamique entre trois dimensions :

- **La personne** : caractéristiques individuelles influençant la consommation, telles que l'âge, la personnalité, l'état psychologique, les motivations (curiosité, recherche de plaisir, gestion du stress, pression sociale) et les stratégies d'adaptation.
- **La substance** : caractéristiques propres au produit, comme sa nature, sa

86 Olievenstein C. La drogue ou la vie. Paris : Robert Laffont, 1983. ISBN : 978-2221011706.

disponibilité, son mode de consommation et ses effets immédiats et à long terme.

- **L'environnement** : ensemble des facteurs sociaux, culturels et contextuels qui influencent la consommation, tels que les normes sociétales, l'influence des pairs, les conditions de vie et les politiques de régulation.

Bien que ce modèle soit souvent utilisé pour expliquer les mécanismes de l'addiction, il permet également d'analyser l'expérimentation, l'usage occasionnel ou régulier de substances psychoactives.

Ces facteurs, qu'ils soient liés à la personne ou à l'environnement, agissent en interaction et peuvent soit augmenter (facteurs de risque), soit diminuer (facteurs

protecteurs) la probabilité d'exposition à l'alcool et le risque de développer un usage problématique (Tableau 24).

Les facteurs protecteurs et de risque influencent directement ou indirectement les conséquences liées à la consommation d'alcool. Ils impactent l'initiation à la consommation, le développement d'un usage problématique ou d'une dépendance,

l'accès aux soins ou aux outils de réduction des risques, ainsi que le maintien de l'abstinence ou les probabilités de rechute ou d'arrêt de la consommation. Ces facteurs peuvent également affecter la capacité à gérer la consommation, que ce soit de manière modérée ou excessive.

Cependant, ces facteurs, ainsi que les diverses ressources permettant de réduire

les risques ou de renforcer les protections, sont inégalement répartis au sein de la population. Des disparités socio-économiques, culturelles, éducatives et environnementales influencent l'exposition à ces facteurs et, par conséquent, le risque de développer des comportements de consommation problématique d'alcool.

**Tableau 24. Exemples de facteurs associés à l'usage d'alcool et à l'usage problématique<sup>87</sup>**  
(Les éléments des colonnes ne sont pas à mettre en opposition)

|  | FACTEURS PROTECTEURS  | FACTEURS DE RISQUE  |  |
|--|---|---|--|
| <b>Individu</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prédispositions génétiques<sup>a</sup></li> <li>- Biologie féminine (les femmes ayant une sensibilité physiologique supérieure à l'alcool que les hommes, elles tendraient à moins consommer)</li> <li>- Introduction à l'alcool dans un contexte familial</li> <li>- Entrée dans l'âge adulte (prise de responsabilités)</li> <li>- Perception positive de sa capacité à refuser de l'alcool</li> <li>- Socialisation genrée «traditionnellement» féminine (modération, féminité, discipline, etc.)</li> <li>- Compétences psychosociales (esprit critique, résistance aux influences, etc.)</li> <li>- Influence des pairs</li> <li>- Confiance en soi</li> <li>- Événements de vie stressants (en termes de santé)</li> <li>- Traits de personnalité (combativité)</li> <li>- Nature des motivations à consommer (sociale, conformité)</li> <li>- Attentes négatives vis-à-vis de la consommation d'alcool</li> <li>- Etc.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prédispositions génétiques<sup>a</sup></li> <li>- Biologie féminine (les femmes sont davantage vulnérables aux conséquences et effets néfastes liés à la consommation d'alcool)</li> <li>- Biologie masculine (les hommes ayant une moindre réactivité physiologique à l'alcool que les femmes, ils tendraient à boire davantage pour atteindre l'ivresse, ce qui peut contribuer à une accoutumance et une augmentation de la consommation)</li> <li>- Âge (les jeunes personnes sont plus susceptibles d'avoir des comportements de consommation extrêmes)</li> <li>- Âge (les jeunes personnes courent davantage de risques de dommages physiques, notamment les blessures et accidents, en raison de leur manque d'expérience avec l'alcool et une physiologie plus sensible)</li> <li>- Exposition précoce à l'alcool<sup>b</sup></li> <li>- Socialisation genrée «traditionnellement» masculine (prise de risque, injonction à la virilité, etc.)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Surestimation de la consommation des pairs</li> <li>- Parcours scolaire chaotique ou sortie précoce de l'école</li> <li>- Faible confiance en soi</li> <li>- Événements de vie stressants (victime d'un crime, passage à la pension)</li> <li>- Santé mentale (anxiété, dépression, prédisposition au stress, schizophrénie, troubles bipolaires, TDAH, etc.)</li> <li>- Stress</li> <li>- Traits de personnalité (prise de risque, impulsivité, recherche de sensations, etc.)</li> <li>- Nature des motivations à consommer (affronter, gérer ses problèmes)</li> <li>- Appartenance à une minorité (orientation sexuelle, genre, religion, couleur de peau, etc.)</li> <li>- Attentes positives vis-à-vis de la consommation d'alcool</li> <li>- Disponibilité subjective forte (alcool est perçu comme facilement accessible)</li> <li>- Consommation d'autres drogues (tabac, médicaments psychotropes)</li> <li>- Etc.</li> </ul> |
| <b>Milieu familial</b>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Structure familiale pendant l'enfance ou l'adolescence</li> <li>- Liens forts au sein de la famille</li> <li>- Participation aux activités familiales</li> <li>- Stabilité au sein du couple</li> <li>- Etc.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque d'affection parentale ou perception d'un rejet parental</li> <li>- Famille dysfonctionnelle</li> <li>- Manque de soutien ou de supervision parentale</li> <li>- Rupture/divorce</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Violences intrafamiliales</li> <li>- Parents consommateurs (problématiques)</li> <li>- Frères et sœurs aînés consommateurs</li> <li>- Célibat</li> <li>- Etc.</li> </ul>  |
| <b>Réseaux sociaux et communautaires</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réseau social fort (soutien)</li> <li>- Pratique pieuse d'une religion<sup>c</sup></li> <li>- Participation à la vie associative</li> <li>- Insertion professionnelle</li> <li>- Engagement dans des activités structurées (sport, musique, quartier, etc.)</li> <li>- Etc.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exclusion sociale/marginalisation</li> <li>- Pairs consommateurs</li> <li>- Valorisation des pairs consommateurs intensifs</li> <li>- Implication dans le folklore étudiant</li> <li>- Conditions de travail difficiles (stress, pénibilité physique)</li> <li>- Etc.</li> </ul>   |  |
| <b>Statut socioéconomique</b>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Statut socioéconomique élevé (moindres dommages et conséquences)</li> <li>- Statut socioéconomique faible (davantage d'abstinence)</li> <li>- Etc.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Statut socioéconomique faible (davantage de dommages et conséquences)</li> <li>- Absence de domicile fixe</li> <li>- Etc.</li> </ul>   |  |
| <b>Contexte socioéconomique, culturel, environnemental</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Restriction voire interdiction de la publicité</li> <li>- Disponibilité restreinte de l'alcool</li> <li>- Instauration d'un âge minimum légal</li> <li>- Culture dévalorisant la consommation d'alcool</li> <li>- Politiques publiques veillant à ne pas renforcer les inégalités sociales (y compris de genre)</li> <li>- Etc.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Marketing et publicité des alcooliers (valorisation des produits et de leur consommation)</li> <li>- Forte disponibilité de l'alcool</li> <li>- Faible coût de l'alcool</li> <li>- Banalisation de la consommation d'alcool</li> <li>- Société inégalitaire et discriminante</li> <li>- Etc.</li> </ul>  |  |

- a La génétique agit sur la métabolisation de l'alcool, le développement d'une dépendance à l'alcool, et la sensibilité et les réponses physiologiques à la consommation d'alcool. Elle joue également un rôle déterminant dans l'édification d'autres caractéristiques propices au développement d'une consommation problématique, y compris les traits de personnalité et les problèmes de santé mentale.
- b Certaines études établissent une relation entre la précocité de la consommation d'alcool et un risque accru de développer une dépendance ou d'adopter des comportements à risque à l'âge adulte. D'autres études avancent que la relation est plus complexe : ce sont les habitudes et contextes de consommation à un jeune âge, plutôt que l'âge en soi, qui peuvent déterminer la consommation à l'âge adulte. De plus, une consommation précoce ne s'ensuit pas inévitablement d'une consommation problématique plus tard.
- c De manière générale, la pratique d'une religion est associée avec une moindre consommation d'alcool<sup>88</sup>. La relation entre religion et consommation d'alcool est cependant plus complexe. En effet, certaines composantes de la religiosité (culpabilité, pratique religieuse privée) peuvent être propices au développement d'une consommation problématique<sup>89</sup>.

87 Les facteurs de risque de l'exposition à l'usage de substances psychoactives ne sont pas forcément les mêmes que ceux liés au développement d'un usage problématique.

88 Fearer SA. Examining the role of social cognitive constructs in religion's effect on alcohol use (doctoral dissertation). Virginia Tech, 2004. URL: <http://hdl.handle.net/10919/11108>

89 Braun B, Weinland C, Kornhuber J, Lenz B. Religiosity, guilt, altruism, and forgiveness in alcohol dependence: Results of a cross-sectional and prospective cohort study. *Alcohol Alcohol*. 2018; 53(4), 426-34.

## ANALYSE DE FACTEURS ASSOCIÉS À CERTAINS COMPORTEMENTS D'USAGE D'ALCOOL CHEZ LES ÉLÈVES DE LA 5<sup>E</sup> PRIMAIRE À LA DERNIÈRE ANNÉE DU SECONDAIRE EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

(enquête HBSC 2022 (SIPES-ULB))

**Note méthodologique :** Les analyses présentées dans cette section ont été réalisées à partir des données provenant de l'enquête HBSC 2022 réalisée par le SIPES-ULB (cf. point 7.1). La majorité des questions relatives à l'usage de substances psychoactives n'ayant été posée qu'aux élèves des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> degrés de l'enseignement secondaire, les effectifs disponibles pour certaines analyses par sous-groupes restent limités, malgré le sur-échantillonnage effectué dans la région de Bruxelles-Capitale. Par conséquent, les analyses présentées ci-dessous reposent sur les données recueillies auprès des élèves scolarisés dans des écoles francophones de Wallonie et de Bruxelles.

La significativité statistique des différences observées entre groupes a été évaluée au moyen du test du  $\chi^2$  de Pearson corrigé pour le plan d'échantillonnage (correction de Rao et Scott). Les coefficients de pondération et le plan d'échantillonnage ont été pris en compte dans les estimations des prévalences pour améliorer la représentativité. Afin de tenir compte des comparaisons multiples, les p-valeurs ont été ajustées à l'aide de la correction de Bonferroni. Un seuil de significativité corrigé ( $\alpha=0,001$ , soit 0,1 %) a été appliqué afin de limiter le risque d'erreur de type I et d'éviter une interprétation erronée des résultats.

L'environnement familial compte parmi ces facteurs qui jouent un rôle important dans la propension des adolescent-es à consommer des substances psychoactives. L'association entre la consommation d'alcool et le genre est également largement documentée. Pendant de nombreuses années, les études ont rapporté que les garçons étaient plus enclins à consommer de l'alcool que les filles. Cependant, les données récentes européennes montrent une évolution notable : bien que la consommation d'alcool chez les adolescent-es tende à diminuer depuis plus d'une décennie, les niveaux de consommation entre filles et garçons deviennent de plus en plus similaires. Dans certains pays, certains comportements liés à l'usage d'alcool sont désormais parfois plus fréquents chez les filles, comme le montrent les données internationales de 2022 de l'enquête HBSC (Charrier *et al.*, 2024). De plus, les résultats de l'OCDE confirment cette tendance et soulignent que la baisse globale de la consommation d'alcool chez les jeunes pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs : une socialisation accrue via les technologies numériques, une évolution des normes sociales réduisant la pression des pairs pour boire et augmentant l'acceptation sociale de la sobriété, des relations familiales plus encadrantes, des transformations dans les identités sexuelles et de genre, ainsi qu'un intérêt croissant pour la santé, le bien-être et les modes de vie équilibrés (Vuik & Cheatley, 2024 ; Pape *et al.* 2018 ; Caluzzi *et al.*, 2022 ; Vashishtha *et al.*, 2019).

Les résultats présentés dans le **tableau 25** suggèrent une association entre certaines formes d'usage d'alcool et le genre masculin. Aucune différence significative n'a été observée entre filles et garçons concernant la consommation hebdomadaire d'alcool, la consommation au moins une fois au cours du mois précédent ou encore le fait d'avoir été ivre sur la même période. En revanche, les garçons étaient significativement plus nombreux à pratiquer le *binge drinking*<sup>90</sup>. Cette spécificité peut s'expliquer par des normes de genre différenciées autour de la prise de risques et des comportements festifs : si les niveaux globaux de consommation tendent à se rapprocher entre filles et garçons, les garçons restent plus enclins à adopter des usages ponctuellement

<sup>90</sup> Dans l'enquête HBSC, le *binge drinking* est défini comme le fait de boire au moins quatre verres d'alcool en moins de deux heures, habituellement lors des jours de consommation.

excessifs, potentiellement pour des raisons liées à l'existence de rôles genrés, à la pression sociale ou à une recherche de reconnaissance au sein du groupe de pairs.

Conformément à la littérature scientifique, les résultats montrent que les jeunes issu-es de famille de niveau socio-économique élevé étaient plus susceptibles de consommer de l'alcool par rapport à ceux-celles vivant dans une famille ayant un niveau socio-économique faible. En effet, dans les milieux aisés, les adolescent-es ont souvent un accès plus direct aux boissons alcoolisées et la consommation d'alcool peut être davantage intégrée dans la vie quotidienne et acceptée comme faisant partie des interactions sociales. De plus, ils-elles peuvent également participer à des événements sociaux où l'alcool est plus disponible et socialement valorisé, comme des fêtes ou clubs privés, des événements culturels ou des vacances à l'étranger, où les normes autour de la consommation d'alcool peuvent être plus incitatives (Kendler *et al.*, 2014). Les adolescent-es peuvent ainsi être exposé-es à des modèles de consommation d'alcool dès un jeune âge, ce qui normalise cette pratique (Hanson & Chen, 2007).

Les analyses ont montré que les élèves issu-es de familles biparentales étaient moins susceptibles de consommer de l'alcool. Cet effet protecteur est bien documenté dans la littérature. Les adolescent-es vivant dans des familles biparentales bénéficieraient souvent d'une structure familiale plus stable, d'une meilleure supervision parentale, d'un soutien émotionnel plus complet, et d'un environnement familial moins conflictuel. Ces facteurs contribuent à une moindre propension à consommer des substances psychoactives (Barrett & Turner, 2006 ; Pourmovahed *et al.*, 2022).

De même, les élèves qui se sentaient soutenu-es par leurs parents étaient moins susceptibles de consommer de l'alcool. Une revue systématique d'études longitudinales sur les facteurs modifiables liés à la parentalité a conclu que le soutien parental était un facteur protecteur contre l'expérimentation de l'alcool et les quantités d'alcool consommées ultérieurement chez les adolescent-es âgé-es de 12 à 18 ans (Yap *et al.*, 2017). Globalement, les études montrent que les adolescent-es qui reçoivent un soutien émotionnel important de leur famille, notamment à travers l'affection,

la compréhension et la communication ouverte, sont moins susceptibles de recourir aux substances pour faire face au stress ou à des émotions négatives (Ryan *et al.*, 2015).

Le soutien des ami-es joue quant à lui un rôle plus complexe dans la consommation d'alcool chez les adolescent-es. Nos analyses ont montré que les élèves qui percevaient un soutien élevé de la part de leurs ami-es étaient plus enclin-es à consommer de l'alcool de façon hebdomadaire. Les

adolescent-es sont souvent influencé-es par leurs pairs, y compris lorsqu'il s'agit de la consommation de substances psychoactives. Les ami-es qui en consomment peuvent exercer une influence directe ou indirecte, encourageant un-e adolescent-e à faire de même. De plus, les comportements adoptés par un groupe d'ami-es peuvent influencer la perception qu'a un-e jeune de la consommation d'alcool. Par exemple, si dans ce groupe, la consommation est perçue comme socialement valorisante,

il-elle sera plus susceptible de s'engager dans ce comportement. Cependant, des études suggèrent également que les adolescent-es qui reçoivent un soutien social positif de leurs ami-es, notamment en termes de communication, d'empathie et de conseils, sont généralement moins susceptibles de consommer des substances psychoactives. Un groupe d'ami-es qui encourage des comportements sains peut agir comme un facteur protecteur contre la consommation d'alcool (Loke & Mak, 2013).

**Tableau 25. Prévalences de différents usages d'alcool en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques et de l'environnement familial et social chez les élèves scolarisé-es en FWB**

|  | Consommation d'alcool <sup>a</sup> au moins une fois par semaine |                   |        | Consommation d'alcool au moins un jour au cours des 30 jours précédant l'enquête |                   |        | Ivresse au moins un jour cours des 30 jours précédant l'enquête |                  |        | Binge drinking <sup>b</sup> |                   |        |
|--|--|-------------------|--------|--|-------------------|--------|---|------------------|--------|-----------------------------|-------------------|--------|
|  | n  | %                 | p      | n  | %                 | p      | n   | %                | p      | n                           | %                 | p      |
| <b>Genre</b>                                   | 7 996  |                   | 0,01   | 1 1 149  |                   | 0,82   | 1 1 149   |                  | 0,69   | 3 639                       |                   | <0,001 |
| Garçons  |  | 15,6              |        |  | 33,8              |        |   | 25,2             |        |                             | 27,1              |        |
| Filles   |  | 12,9              |        |  | 34,1              |        |   | 25,8             |        |                             | 13,4 <sup>r</sup> |        |
| <b>Âge</b>                                     | 7 996  |                   | <0,001 | 1 1 149  |                   | <0,001 | 4 866   |                  | <0,001 | 3 639                       |                   | <0,001 |
| 10-12 ans                                      |  | 1,4 <sup>r</sup>  |        |  | 6,6 <sup>r</sup>  |        |   | 4,7 <sup>r</sup> |        |                             |                   |        |
| 13-14 ans                                      |  | 3,9               |        |  | 25,2              |        |   | 12,6             |        |                             | 10,3 <sup>r</sup> |        |
| 15-16 ans                                      |  | 14,6              |        |  | 47,2              |        |   | 24,5             |        |                             | 17,0              |        |
| 17-20 ans                                      |  | 26,2              |        |  | 60,8              |        |   | 39,2             |        |                             | 24,4              |        |
| <b>Niveau d'aisance familiale<sup>91</sup></b> | 7 838  |                   | <0,001 | 1 0851   |                   | <0,001 | 4 786   |                  | 0,11   | 3 594                       |                   | 0,05   |
| Faible   |  | 8,7 <sup>r</sup>  |        |  | 27,2 <sup>r</sup> |        |   | 23,0             |        |                             | 16,1              |        |
| Moyen  |  | 14,8              |        |  | 34,4              |        |   | 25,2             |        |                             | 20,5              |        |
| Élevé  |  | 17,9 <sup>r</sup> |        |  | 40,7              |        |   | 28,2             |        |                             | 22,8              |        |
| <b>Structure de la famille</b>                 | 7 292  |                   | <0,001 | 1 0236   |                   | <0,001 | 4 502   |                  | 0,14   | 3 383                       |                   | 0,02   |
| Biparentale                                    |  | 13,3 <sup>r</sup> |        |  | 30,5 <sup>r</sup> |        |   | 24,7             |        |                             | 18,8              |        |
| Recomposée                                     |  | 20,7              |        |  | 46,5              |        |   | 29,3             |        |                             | 25,1              |        |
| Monoparentale                                  |  | 14,2              |        |  | 38,4              |        |   | 25,2             |        |                             | 19,8              |        |
| <b>Soutien de la famille<sup>92</sup></b>      | 7 713  |                   | <0,001 | 1 0681   |                   | <0,001 | 4 723   |                  | 0,002  | 3 551                       |                   | 0,03   |
| Faible   |  | 17,8              |        |  | 42,9              |        |   | 29,2             |        |                             | 19,3              |        |
| Modéré   |  | 16,2              |        |  | 39,1              |        |   | 28,2             |        |                             | 23,2              |        |
| Élevé  |  | 12,5 <sup>r</sup> |        |  | 30,0 <sup>r</sup> |        |   | 22,6             |        |                             | 18,5              |        |
| <b>Soutien des ami-es<sup>93</sup></b>         | 7 639  |                   | <0,001 | 1 0629   |                   | 0,005  | 4 701   |                  | 0,003  | 3 527                       |                   | 0,16   |
| Faible   |  | 8,9               |        |  | 28,5              |        |   | 18,0             |        |                             | 19,6              |        |
| Modéré   |  | 14,3              |        |  | 35,0              |        |   | 24,9             |        |                             | 17,8              |        |
| Élevé  |  | 15,7 <sup>r</sup> |        |  | 35,5              |        |   | 27,1             |        |                             | 21,3              |        |

r = estimation du groupe de référence. **En gras** : groupe pour lequel l'estimation varie de façon statistiquement significative par rapport au groupe de référence.

a Uniquement dans le secondaire. b Uniquement dans le 2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> degré du secondaire.

Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

- .....
- 91 Le niveau d'aisance familiale a été mesuré à l'aide de la *Family Affluence Scale* (FAS), qui permet le calcul d'un score de 0 à 13. Ce score est obtenu en additionnant l'accès à six biens et services comme avoir une chambre à soi ou partir en vacances. Les élèves ont été regroupés en trois groupes selon les quintiles de la distribution de leurs scores : les élèves avec un score inférieur ou égal à 6 étaient considéré-es de FAS «faible», ceux-celles ayant un score supérieur ou égal à 11 de FAS «élevé», et les élèves se situant entre ces deux catégories, de FAS «moyen» (Torsheim, 2016).
  - 92 Cet indicateur a été créé à l'aide de l'échelle *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MPSS) constitué de quatre affirmations : «ma famille essaie vraiment de m'aider», «je trouve le réconfort et le soutien dont j'ai besoin auprès de ma famille», «je peux parler de mes problèmes avec ma famille», «ma famille est prête à m'aider à prendre des décisions» (Zimet, 1988). Par rapport à ces affirmations, les adolescent-es avaient la possibilité de se positionner sur une échelle de Likert de sept niveaux allant de «pas du tout d'accord» à «tout à fait d'accord». Pour chaque adolescent-e interrogé-e, les points de ces quatre items ont été sommés, et cette somme a été divisée par 4. Un score allant de 1 à 7 a ainsi été créé, et les adolescent-es ont ensuite été réparti-es en trois groupes : soutien faible (scores de 1 à 2,9), soutien modéré (de 3 à 5) et soutien élevé (de 5,1 à 7).
  - 93 La procédure utilisée pour créer l'indicateur de soutien de la famille a également été appliquée à la création de l'indicateur de soutien des ami-es. Celui-ci résulte du traitement des quatre affirmations suivantes : «mes ami(e)s essaient vraiment de m'aider», «je peux compter sur mes ami(e)s quand les choses vont mal», «j'ai des ami(e)s avec lesquels je peux partager mes joies et mes peines», et «je peux parler de mes problèmes avec mes ami(e)s».

Le bien-être joue également un rôle important dans la propension des adolescent-es à consommer de l'alcool, un lien bien documenté dans la littérature scientifique. Le **tableau 26** montre que les jeunes qui avaient une perception négative de leur santé, une faible satisfaction de vie, un faible niveau de bien-être émotionnel, et qui dormaient insuffisamment étaient plus susceptibles de consommer de l'alcool. Un faible niveau de bien-être général se traduit souvent par des niveaux élevés de stress, d'anxiété, voire de dépression, qui sont des prédicteurs bien connus de la consommation d'alcool chez les jeunes. Les adolescent-es peuvent se tourner vers l'alcool pour échapper à des émotions négatives comme une forme d'automédication. Par exemple, l'alcool est souvent utilisé pour soulager temporairement les symptômes de dépression ou d'anxiété, même si cela peut, à long terme, exacerber ces problèmes

(Sullivan *et al.*, 2005). De plus, un faible bien-être général est souvent associé à une moindre satisfaction de vie. Les jeunes qui sont insatisfait-es de leur vie quotidienne peuvent être plus enclin-es à adopter des comportements à risque pour essayer de combler un vide ou d'améliorer temporairement leur état émotionnel. L'alcool est alors perçu comme un moyen d'améliorer leur humeur ou de se conformer aux normes de leur groupe social, qui peut valoriser ces comportements (Zullig *et al.*, 2001).

Le sommeil joue un rôle crucial dans la régulation émotionnelle et le maintien d'un bien-être mental optimal. Une durée de sommeil insuffisante est associée à des altérations du fonctionnement cognitif et émotionnel, qui peuvent accroître la vulnérabilité des adolescent-es à la consommation d'alcool. Le manque de sommeil a été corrélé à des niveaux accrus

de stress, d'anxiété, et de dépression, qui, à leur tour, augmentent la probabilité que les jeunes se tournent vers des substances psychoactives telle que l'alcool comme moyen de faire face à ces états émotionnels négatifs (Johnson & Breslau, 2001). Par ailleurs, le sommeil insuffisant peut perturber les fonctions exécutives du cerveau, telles que le contrôle des impulsions et la prise de décision, ce qui peut conduire à des comportements impulsifs, y compris l'usage d'alcool.

**Tableau 26. Prévalences de différents usages d'alcool en fonction de certaines dimensions du bien-être chez les élèves scolarisé-es en FWB**

|   | Consommation d'alcool <sup>a</sup> au moins une fois par semaine |                   |        | Consommation d'alcool au moins un jour au cours des 30 jours précédant l'enquête |                   |        | Ivresse au moins un jour cours des 30 jours précédant l'enquête |                   |        | Binge drinking <sup>b</sup> |                   |        |
|---|--|-------------------|--------|--|-------------------|--------|---|-------------------|--------|-----------------------------|-------------------|--------|
|   | n  | %                 | p      | n  | %                 | p      | n   | %                 | p      | n                           | %                 | p      |
| <b>Santé perçue</b>   | 7 965  |                   | <0,001 | 1 1106   |                   | <0,001 | 4 849   |                   | <0,001 | 3 629                       |                   | 0,31   |
| Bonne à excellente  |  | 13,2 <sup>r</sup> |        |  | 31,6 <sup>r</sup> |        |   | 23,9 <sup>r</sup> |        |                             | 19,8              |        |
| Plutôt bonne à pas très bonne                                   |  | <b>17,7</b>       |        |  | <b>42,2</b>       |        |   | <b>30,0</b>       |        |                             | 21,5              |        |
| <b>Niveau de satisfaction par rapport à la vie<sup>94</sup></b> | 7 930  |                   | 0,002  | 1 1057   |                   | <0,001 | 4 833   |                   | 0,04   | 3 619                       |                   | 0,44   |
| Moyen à élevé   |  | 13,5              |        |  | 32,8 <sup>r</sup> |        |   | 24,8              |        |                             | 20,6              |        |
| Peu élevé   |  | 17,8              |        |  | <b>39,9</b>       |        |   | 28,3              |        |                             | 18,9              |        |
| <b>Bien-être émotionnel<sup>95</sup></b>                        | 7 662  |                   | <0,001 | 1 0650   |                   | <0,001 | 4 689   |                   | 0,06   | 3 515                       |                   | 0,29   |
| Bien-être satisfaisant  |  | 12,4 <sup>r</sup> |        |  | 29,5 <sup>r</sup> |        |   | 24,0              |        |                             | 19,9              |        |
| Bien-être faible, sans risque de dépression                     |  | <b>17,2</b>       |        |  | <b>42,6</b>       |        |   | 27,6              |        |                             | 22,2              |        |
| Risque de dépression  |  | <b>17,9</b>       |        |  | <b>42,9</b>       |        |   | 27,2              |        |                             | 17,7              |        |
| <b>Durée de sommeil<sup>96</sup></b>                            | 7 903  |                   | 0,004  | 1 0999   |                   | <0,001 | 4 810   |                   | 0,002  | 3 597                       |                   | <0,001 |
| Suffisante  |  | 13,0              |        |  | 30,8 <sup>r</sup> |        |   | 23,4              |        |                             | 16,9 <sup>r</sup> |        |
| Insuffisante  |  | 16,1              |        |  | <b>39,4</b>       |        |   | 28,2              |        |                             | <b>24,5</b>       |        |

r = estimation du groupe de référence. **En gras** : groupe pour lequel l'estimation varie de façon statistiquement significative par rapport au groupe de référence.

a Uniquement dans le secondaire. b Uniquement dans le 2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> degré du secondaire.

Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

94 La satisfaction que les adolescent-es ont de leur vie a été évaluée au travers de l'échelle Cantril graduée de 10 à 0 (10 équivalait à estimer que sa vie est «la meilleure vie possible» et la valeur 0 «la pire vie possible»)(Cantril, 1965). Un score allant de 0 à 5 sur l'échelle de Cantril correspond à un niveau de satisfaction peu élevé et un score compris entre 6 et 10 correspond à un niveau relativement élevé de satisfaction.

95 Le bien-être émotionnel a été mesuré à l'aide de l'indice de bien-être de l'OMS (WHO, 1998) qui comporte cinq items dont par exemple, «Ma vie quotidienne a été remplie de choses qui m'intéressent». Pour chacune de ces affirmations, il a été demandé aux élèves d'indiquer la fréquence à laquelle ils-elles s'étaient senti-es de cette façon au cours des deux semaines précédant l'enquête : «tout le temps», «la plupart du temps», «plus de la moitié du temps», «moins de la moitié du temps», «de temps en temps», «jamais». Un score a été attribué aux fréquences rapportées pour chacune des affirmations, allant de 0 pour «jamais» à 5 pour «tout le temps». Pour chaque élève, les scores obtenus ont ensuite été sommés. Une somme supérieure ou égale à 13 sur un total théorique maximum de 25, est associée à un bien-être émotionnel satisfaisant. Une somme inférieure ou égale à 7 correspond à un risque de dépression, ce qui toutefois ne constitue pas un diagnostic clinique.

96 Une durée de sommeil considérée comme insuffisante correspond à une durée inférieure à neuf heures pour les moins de 14 ans, et inférieure à huit heures pour les adolescent-es de 14 ans ou plus.

## ANALYSE DE FACTEURS ASSOCIÉS À DIVERS COMPORTEMENTS D'USAGE D'ALCOOL CHEZ LES HABITANT·ES DE WALLONIE ÂGÉ·ES DE 15 ANS ET PLUS (enquête HIS 2018 (Sciensano))

Les analyses menées auprès des Wallon·nes âgé·es de 15 ans et plus révèlent plusieurs associations significatives entre la consommation d'alcool et certaines caractéristiques sociodémographiques. Ces résultats s'inscrivent dans les tendances observées dans la littérature scientifique récente. Les résultats présentés dans le **tableau 27** montrent que les hommes présentaient une propension plus élevée que les femmes à consommer de l'alcool quotidiennement, à consommer plus de 10 verres par semaine et à avoir connu une consommation problématique au cours de la vie. Cette observation est cohérente avec les

données de 2019 collectées dans 29 pays de l'OCDE, qui montrent qu'en moyenne, 26 % des hommes déclarent avoir eu au moins un épisode mensuel de consommation excessive d'alcool, contre 12 % des femmes (OCDE, 2023).

Nos analyses suggèrent que la prévalence de la consommation quotidienne d'alcool tendait à augmenter avec l'âge, tandis que celle de l'usage problématique était plus élevée chez les personnes ayant fait des études supérieures. Une étude française menée sur la base des données collectées en 2016 et 2017 auprès de 34 470 participant·es âgé·es de 18

à 69 ans, dans le cadre de la cohorte CONSTANCES (Cohorte des consultants des Centres d'examen de santé)<sup>97</sup>, a mis en évidence que le dépassement des recommandations de consommation à faible risque<sup>98</sup> augmentait notamment

97 Plus d'informations à l'adresse suivante : <https://www.constances.fr/>

98 À savoir : ne pas consommer plus de dix verres standard par semaine ; ne pas consommer plus de deux verres par jour ; avoir des jours sans consommation dans une semaine. Plus d'informations sur le site de santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/article/de-nouveaux-reperes-de-consommation-d-alcool-pour-limiter-les-risques-sur-sa-sante#:~:text=Les%20nouveaux%20>

**Tableau 27. Prévalences de différents usages d'alcool en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques dans la population wallonne de 15 ans et plus**

|                              | Consommation quotidienne |                  |        | Consommation supérieure à 10 verres par semaine |                  |        | Usage problématique au cours de la vie <sup>a</sup> |                  |        |
|------------------------------|--------------------------|------------------|--------|---|------------------|--------|---|------------------|--------|
|                              | n                        | %                | p      | n   | %                | p      | n   | %                | p      |
| <b>Genre</b>                 | 2 885                    |                  | <0,002 | 2 826   |                  | <0,002 | 2 755   |                  | <0,002 |
| Hommes                       |                          | <b>14,0</b>      |        |   | <b>21,4</b>      |        |   | <b>17,4</b>      |        |
| Femmes                       |                          | 5,9 <sup>a</sup> |        |   | 7,2 <sup>a</sup> |        |   | 8,7 <sup>a</sup> |        |
| <b>Âge</b>                   | 2 885                    |                  | <0,002 | 2 826   |                  | 0,07   | 2 755   |                  | 0,008  |
| 15-39 ans                    |                          | 1,9 <sup>a</sup> |        |   | 11,0             |        |   | 11,0             |        |
| 40-59 ans                    |                          | <b>11,4</b>      |        |   | 16,1             |        |   | 17,1             |        |
| 60 ans et plus               |                          | <b>16,9</b>      |        |   | 14,8             |        |   | 10,2             |        |
| <b>Niveau d'éducation</b>    | 2 545                    |                  | 0,05   | 2 491   |                  | 0,07   | 2 424   |                  | <0,002 |
| Primaire ou sans de diplôme  |                          | 13,4             |        |   | 10,7             |        |   | 7,4 <sup>a</sup> |        |
| Secondaire                   |                          | 8,9              |        |   | 13,3             |        |   | 9,7              |        |
| Études supérieures           |                          | 12,9             |        |   | 17,3             |        |   | <b>18,9</b>      |        |
| <b>Composition du ménage</b> | 2 885                    |                  | <0,002 | 2 826   |                  | 0,21   | 2 755   |                  | 0,83   |
| Célibataire                  |                          | 11,2             |        |   | 16,4             |        |   | 12,6             |        |
| Célibataire avec enfant(s)   |                          | 4,5 <sup>a</sup> |        |   | 10,6             |        |   | 12,9             |        |
| Couple sans enfant           |                          | <b>16,7</b>      |        |   | 16,1             |        |   | 11,8             |        |
| Couple avec enfant(s)        |                          | 6,2              |        |   | 12,1             |        |   | 14,2             |        |
| Autre                        |                          | 5,9              |        |   | 13,2             |        |   | 10,3             |        |

r = estimation du groupe de référence. **En gras** : groupe pour lequel l'estimation varie de façon statistiquement significative par rapport au groupe de référence.

a ≥ 2 réponses positives au test CAGE-DETA parmi les personnes ayant déclaré consommer de l'alcool au moment de l'enquête.

Source : HIS 2018 (analyse et adaptation : Eurotox)

avec l'âge et le statut socioéconomique (El Haddad *et al.*, 2024). Ces résultats soulignent l'importance de renforcer les actions de prévention auprès des adultes plus âgés, tout en tenant compte des différences sociales. Il convient également de noter que, malgré une consommation plus élevée, les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur peuvent disposer d'un meilleur accès aux soins, ainsi que d'une meilleure connaissance des risques liés à la consommation d'alcool, ce qui pourrait atténuer certaines conséquences négatives.

Par ailleurs, les résultats montrent que les personnes vivant en couple sans enfants étaient plus susceptibles de consommer de l'alcool quotidiennement que celles ayant des enfants (Tableau 27). Ces résultats sont en accord avec une étude suédoise qui a montré que la parentalité, en particulier chez les femmes, est associée à une diminution du risque de troubles liés à l'alcool (Kendler *et al.*, 2020). Les responsabilités parentales semblent pouvoir jouer un rôle protecteur, en réduisant la fréquence ou l'intensité des comportements de consommation.

Nos analyses révèlent une association significative entre la santé mentale et certains comportements liés à la consommation d'alcool. Les personnes qui présentaient un trouble anxieux probable ou des symptômes dépressifs étaient plus susceptibles d'avoir connu un usage problématique de l'alcool au cours de leur vie (Tableau 28).

Ces résultats sont en accord avec les données issues de la littérature scientifique internationale, qui documentent fréquemment une comorbidité entre troubles de l'humeur, notamment dépressifs, et usage problématique de substances psychoactives, en particulier l'alcool. Cette relation est souvent bidirectionnelle : la dépression peut favoriser une consommation d'alcool comme mécanisme d'adaptation, tandis qu'une consommation excessive d'alcool peut aggraver, voire induire, des symptômes dépressifs (Abu Shehab *et al.*, 2024).

Des recherches récentes suggèrent que les personnes souffrant de troubles anxieux ou de l'humeur sont particulièrement sensibles aux effets délétères de l'alcool, même à des niveaux de consommation comparables à ceux observés dans la population générale. Ce phénomène, qualifié de «paradoxe du dommage», refléterait une vulnérabilité neurobiologique commune à ces troubles (Anker *et al.*, 2023).

Par ailleurs, la co-occurrence de symptômes dépressifs et d'une consommation problématique d'alcool est associée à une sévérité accrue des symptômes, une réponse thérapeutique moins favorable et un risque plus élevé de comportements suicidaires (Lange *et al.*, 2024). Ces constats plaident en faveur d'une prise en charge intégrée et multidisciplinaire, combinant approches psychothérapeutiques, pharmacologiques et sociales, pour les personnes concernées par cette double problématique.

.....  
 rep%C3%A8res%20de%20consommation,sans%20  
 consommation%20dans%20une%20semaine

**Tableau 28. Prévalence de différents comportements liés à la consommation d'alcool selon certaines dimensions du bien-être et de la santé mentale dans la population wallonne de 15 ans et plus**

|  | Consommation quotidienne |      |      | Consommation supérieure à 10 verres par semaine |      |      | Usage problématique au cours de la vie <sup>a</sup> |                   |        |
|--|--------------------------|------|------|---|------|------|---|-------------------|--------|
|  | n                        | %    | p    | n   | %    | p    | n   | %                 | p      |
| <b>Satisfaction de la vie<sup>99</sup></b>   | 2 828                    |      | 0,46 | 2 772   |      | 0,54 | 2 703   |                   | 0,13   |
| Faible                                       |                          | 9,5  |      |   | 15,3 |      |   | 17,1              |        |
| Moyenne                                      |                          | 10,4 |      |   | 14,3 |      |   | 12,9              |        |
| Élevée                                       |                          | 8,0  |      |   | 11,9 |      |   | 9,5               |        |
| <b>Trouble anxieux (GAD-7)<sup>100</sup></b> | 2 799                    |      | 0,62 | 2 744   |      | 0,26 | 2 689   |                   | <0,002 |
| Probable                                     |                          | 10,7 |      |   | 16,0 |      |   | <b>18,4</b>       |        |
| Peu probable                                 |                          | 9,6  |      |   | 13,6 |      |   | 11,7 <sup>r</sup> |        |
| <b>Dépression (PHQ-9)<sup>101</sup></b>      | 2 805                    |      | 0,72 | 2 750   |      | 0,32 | 2 694   |                   | <0,002 |
| Dépression                                   |                          | 9,4  |      |   | 15,4 |      |   | <b>17,2</b>       |        |
| Absence de dépression                        |                          | 10,0 |      |   | 13,3 |      |   | 10,5 <sup>r</sup> |        |

r = estimation du groupe de référence. **En gras** : groupe pour lequel l'estimation varie de façon statistiquement significative par rapport au groupe de référence.

a ≥ 2 réponses positives au test CAGE-DETA parmi les personnes ayant déclaré consommer de l'alcool au moment de l'enquête.

Source : HIS 2018 (analyse et adaptation : Eurotox)

- .....
- 99 Évaluée au travers de l'échelle Cantril graduée de 10 à 0 (Cantril, 1965). Un score allant de 0 à 5 sur l'échelle de Cantril correspond à un faible niveau de satisfaction, 6-8 à un niveau moyen et 9-10 à niveau élevé.
- 100 Sur base des résultats au test GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder*), qui est un outil de dépistage standardisé permettant d'évaluer la présence de symptômes anxieux au cours des deux dernières semaines. Il se compose de sept questions portant sur la fréquence de différents signes d'anxiété (nervosité, inquiétude, tension, difficulté à se détendre, etc.). Le score total varie de 0 à 21. Un score inférieur à 10 correspond à une anxiété peu probable, tandis qu'un score supérieur ou égal à 10 indique une anxiété probable, suggérant la présence possible d'un trouble anxieux généralisé.
- 101 Évaluée à l'aide du PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*). Il s'agit d'un outil validé, utilisé pour mesurer l'intensité des symptômes dépressifs ressentis au cours des deux dernières semaines, à partir de 9 items correspondant aux critères du DSM pour la dépression. Le score total varie de 0 à 27 : un score de 0 à 4 suggère une absence de dépression, 5 à 9 une dépression légère, et 10 à 27 une dépression modérée à sévère.

# LES MOTIVATIONS À L'USAGE DE L'ALCOOL

## 9.1

### MODÈLES THÉORIQUES

La consommation d'alcool, qu'elle soit récréative ou problématique, est influencée par une multitude de facteurs. Parmi ces facteurs, les motivations jouent un rôle central en déterminant pourquoi les individus choisissent de consommer de l'alcool, dans quelles circonstances et à quelle fréquence. Comprendre ces motivations est essentiel pour mieux appréhender les comportements liés à l'alcool et développer des stratégies de prévention et d'intervention adaptées. Les théories qui ont été proposées pour expliquer les motivations à consommer de l'alcool, telles que le modèle de motivation de Cox et Klinger (1988) et celui de Cooper (1994), mettent en évidence l'importance des attentes vis-à-vis des effets de l'alcool ainsi que des besoins émotionnels et sociaux sous-jacents.

#### Le modèle motivationnel de Cox et Klinger (Cox & Klinger, 1988) :

Développé à l'origine pour expliquer la consommation d'alcool, ce modèle repose sur l'idée que les individus consomment de l'alcool principalement pour obtenir des récompenses ou pour éviter des conséquences négatives. Il intègre des variables biologiques, psychologiques, environnementales et culturelles pour expliquer les comportements liés à l'alcool.

Selon ce modèle, la consommation d'alcool est motivée par deux grands facteurs : la motivation incitative et le changement émotionnel.

- La motivation incitative : Ce concept suggère que les individus consomment de l'alcool en fonction des attentes qu'ils-elles ont des effets du produit. Ces attentes peuvent être positives (par

exemple, se sentir détendu-e, sociable ou euphorique après avoir consommé) ou négatives (par exemple, éviter des émotions désagréables comme l'anxiété ou la tristesse). La motivation incitative est donc liée à la perception que l'alcool va produire des effets désirables, ce qui incite à sa consommation.

- Le changement émotionnel : Selon ce concept, les individus consomment de l'alcool pour rechercher des émotions positives ou pour éviter des émotions négatives. Par exemple, une personne peut consommer de l'alcool pour se détendre, se sentir plus sociable ou oublier des soucis. À l'inverse, d'autres peuvent consommer pour fuir des sentiments de dépression, de solitude, de stress ou d'anxiété.

Le modèle de Cox et Klinger met également en lumière que la consommation d'alcool peut être vue comme un moyen de répondre à des besoins émotionnels spécifiques, ce qui fait que les individus consomment non seulement pour obtenir un certain état émotionnel, mais aussi pour faire face à des situations sociales ou personnelles. Ce modèle reste très pertinent pour comprendre les comportements liés à la consommation d'alcool et a été largement utilisé dans la recherche sur les comportements d'usage des substances.

#### Le modèle à quatre facteurs de Cooper (Cooper, 1994) :

Le modèle de Cox et Klinger a été repris et approfondi par Cooper, qui a affiné la classification des motivations à consommer de l'alcool en quatre catégories distinctes, reposant sur deux axes fondamentaux :

- La source de la motivation (interne ou externe) : Certaines motivations proviennent de facteurs internes, tels que la gestion des émotions personnelles, tandis que d'autres sont influencées par des facteurs externes, comme la pression sociale ou le désir de s'intégrer à un groupe.
- La valence des résultats attendus (positifs ou négatifs) : Selon les attentes, l'individu consomme de l'alcool soit pour rechercher des effets positifs (plaisir, euphorie, désinhibition), soit pour échapper à des émotions négatives (stress, anxiété, tristesse).

Ainsi, ce modèle met en lumière que les motivations à boire ne se résument pas uniquement à la recherche de plaisir ou à l'évasion émotionnelle, mais sont également influencées par des facteurs contextuels et sociaux. Ces différentes catégories de motivations permettent de mieux comprendre la diversité des comportements liés à la consommation d'alcool et les raisons

Tableau 29. Schématisation du modèle à quatre facteurs de Cooper (Cooper, 1994)

|                | Valence positive  | Valence négative  |
|----------------|---|---|
| Source interne | <b>Motivation de renforcement :</b> Boire pour provoquer/intensifier des émotions positives (ex.: «J'ai bu de l'alcool parce que j'aime les sensations que cela me procure.») | <b>Motivation de coping</b> <sup>102</sup> : Boire pour soulager une détresse émotionnelle, atténuer les émotions négatives (ex.: «J'ai bu de l'alcool parce que cela m'aide lorsque je suis déprimé-e ou nerveux-se.») |
| Source externe | <b>Motivation sociale :</b> Boire pour améliorer une expérience sociale (ex.: «J'ai bu de l'alcool pour mieux apprécier une fêtes.»)  | <b>Motivation de conformité :</b> Boire pour s'adapter aux attentes sociales et éviter l'exclusion (ex.: «J'ai bu de l'alcool parce que tout le monde le fait et que je ne veux pas me sentir différent-e.»)            |

Source : Cooper (1994) (adaptation : Eurotox)

<sup>102</sup> De l'anglais *to cope* signifie faire face. Cette stratégie a deux fonctions principales : modifier le problème à l'origine du stress et réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème (Lazarus & Folkman, 1984).

pour lesquelles certaines personnes peuvent développer des habitudes problématiques.

Une méta-analyse menée sur base de 229 études a examiné les associations entre les motivations de consommation d'alcool et les conséquences liées à cette consommation (Bresin & Mekawi, 2021). Les résultats montrent que les motivations sous-jacentes influencent de manière différenciée les conséquences de la consommation d'alcool. En particulier, les motivations liées à l'évitement des émotions négatives, telles que la gestion du stress ou de l'anxiété, sont les plus fortement associées à des comportements de consommation problématiques, comme l'abus et la dépendance à l'alcool. À l'inverse, les motivations de recherche de récompenses positives, en particulier celles axées sur le plaisir personnel, sont généralement liées à une consommation plus modérée et moins problématique.

L'analyse met également en évidence des disparités de genre. Ainsi, les motivations de *coping* et les motivations sociales sont plus fréquemment associées à des résultats problématiques chez les hommes, tandis que les motivations internes positives, comme consommer pour améliorer l'humeur, semblent être davantage liées

à des comportements plus modérés chez les femmes. Ces résultats suggèrent que la compréhension approfondie des motivations qui sous-tendent la consommation d'alcool est cruciale pour développer des stratégies de prévention plus ciblées et efficaces, adaptées aux besoins spécifiques de chaque groupe.

Pour résumer ces deux modèles, Kuntsche *et al.* (2005) ont proposé une représentation schématique reprise dans la **Figure 36**.

Chez les adolescent-es et les jeunes adultes, les motivations sociales et de conformité sont souvent prédominantes. Le désir de participer à des activités sociales, de s'intégrer à un groupe et de renforcer les liens avec leurs pairs, mais aussi la crainte de l'exclusion, sont des facteurs majeurs incitant à la consommation d'alcool dans ces groupes (Hamilton *et al.*, 2020). À cet âge, la recherche de sensations fortes et la prise de risques jouent également un rôle clé, favorisant une consommation d'alcool plus fréquente ou excessive (Lyvers *et al.*, 2010 ; Patrick *et al.*, 2023).

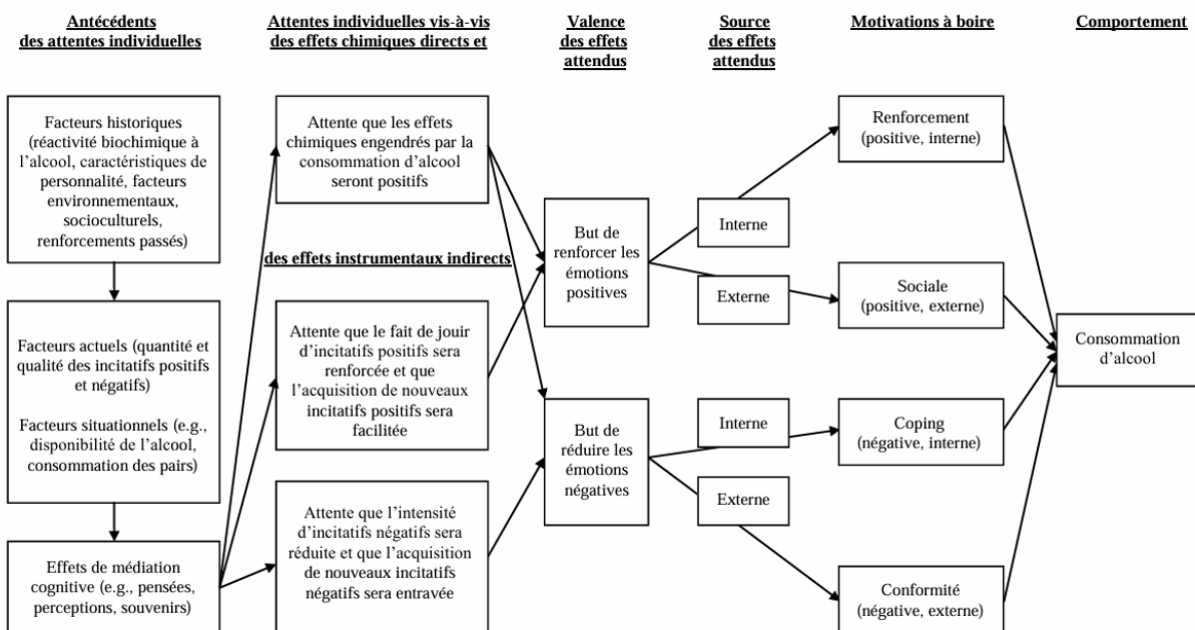
Les motivations de *coping* exercent aussi une influence significative sur les comportements de consommation. Certain-es jeunes boivent pour gérer des

émotions négatives, telles que l'anxiété ou le stress, ou encore pour faciliter les interactions sociales. Les recherches indiquent que les adolescent-es qui utilisent l'alcool comme mécanisme d'adaptation sont plus susceptibles de maintenir ce comportement à l'âge adulte, augmentant ainsi le risque de dépendance à long terme (Kuntsche *et al.*, 2006 ; Windle & Windle, 2012).

Chez les adultes, les motivations sociales restent prédominantes, mais elles sont souvent accompagnées de motivations liées au plaisir et à la détente. L'alcool est fréquemment associé à des moments de convivialité, consommé lors de repas en famille ou entre ami-es, de dîners d'entreprise, ou encore lors de célébrations d'événements importants, où il sert à renforcer les liens sociaux et à favoriser la détente (Jackson *et al.*, 2018 ; Emslie *et al.*, 2015). Par ailleurs, les adultes sont plus enclin-es que les jeunes à rechercher un plaisir gustatif dans la consommation d'alcool, en privilégiant la qualité des boissons à la quantité (Measham, 2006).

En parallèle à ces motivations sociales et hédonistes, l'alcool peut également être consommé comme une stratégie de *coping*. Certains adultes utilisent l'alcool pour faire

**Figure 36. Antécédents, attentes, motivations à boire et consommation d'alcool selon les hypothèses des modèles motivationnels de Cox & Klinger (1988) et de Cooper (1994) (Kuntsche *et al.*, 2005)**



Source : Rault (2019)

face à des situations stressantes ou pour gérer des émotions négatives, comme l'anxiété ou la fatigue accumulée après une journée de travail. Ce recours à l'alcool en tant que mécanisme d'adaptation permet, à court terme, de soulager les pressions professionnelles ou les obligations sociales, bien que cela comporte des risques à long terme (Kuntsche *et al.*, 2006).

En outre, l'alcool peut aussi être utilisé pour faire face à des problèmes de santé, notamment la gestion de douleurs physiques, en particulier chez les personnes âgées ou celles souffrant de douleurs chroniques (Brennan *et al.*, 2005). Dans ces cas, l'alcool est perçu comme un moyen de soulager temporairement les symptômes, bien que cela puisse conduire à une consommation régulière et potentiellement problématique. De plus, certain-es adultes souffrant de troubles du sommeil comme l'insomnie, peuvent avoir recours à l'alcool pour faciliter l'endormissement. Cependant, malgré ses effets initialement sédatifs, l'alcool perturbe la qualité du sommeil en diminuant les phases de sommeil profond et en provoquant des éveils nocturnes, aggravant ainsi les troubles du sommeil à long terme (Roehrs & Roth, 2001). Ces comportements, qu'ils visent la gestion de

la douleur ou des émotions, augmentent le risque de dépendance lorsque l'alcool devient une solution systématique aux problèmes physiques ou émotionnels.

## 9.2

### LES DONNÉES DE L'ENQUÊTE MENÉE CHEZ LES ÉTUDIANT-ES DE L'UCLOUVAIN

#### A) MOTIVATIONS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Dans l'enquête menée auprès des étudiant-es de l'UCLouvain (cf. point 7.2), les motivations liées à la consommation d'alcool ont été évaluées à l'aide du DMQ (*Drinking Motives Questionnaire*; Cooper, 1994). Cet outil repose sur l'idée que les comportements de consommation sont influencés par des motifs spécifiques, regroupés en quatre catégories : les motifs sociaux (boire pour faciliter les interactions

sociales), les motifs de *coping* (boire pour faire face à des émotions négatives), les motifs de renforcement (boire pour le plaisir ou pour ressentir des émotions positives), et les motifs de conformité (boire pour s'intégrer ou éviter le rejet).

Le **tableau 30** présente la distribution des étudiant-es ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois en fonction des différents items du DMQ (Cooper, 1994). Les pourcentages indiquent la part des étudiant-es ayant déclaré consommer de l'alcool «souvent» ou «(presque) toujours» pour chacun des motifs proposés. Les résultats montrent que les motivations les plus fréquemment évoquées par les étudiant-es pour motiver leur consommation d'alcool sont d'ordre social. Près de quatre répondant-es sur dix ont déclaré boire parce que cela rend les fêtes plus attrayantes (39,4 %) ou pour être plus convivial-e et sociable (35,7 %). Ces raisons sont globalement partagées entre les genres et les tranches d'âge, à l'exception de l'idée que l'alcool rend les fêtes plus attrayantes, davantage rapportée par les hommes (47,6 %) que par les femmes (32,3 %).

Les motivations de renforcement, notamment l'envie de se saouler,

**Tableau 30. Distribution (%) des étudiant-es ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois en fonction des items du DMQ (Cooper, 1994)**

|  | Global |      | Genre  |      |        |      |     | Âge      |      |          |      |     |
|--|--------|------|--------|------|--------|------|-----|----------|------|----------|------|-----|
|  |        |      | Hommes |      | Femmes |      | p   | ≤ 20 ans |      | > 20 ans |      | p   |
|  | n      | %    | n      | %    | n      | %    |     | n        | %    | n        | %    |     |
| <b>Motivations de renforcement</b>   |        |      |        |      |        |      |     |          |      |          |      |     |
| Pour me saouler  | 2 206  | 30,6 | 1 008  | 37,8 | 1 174  | 24,4 | *** | 1 206    | 34,2 | 999      | 26,3 | *** |
| <b>Motivations sociales</b>  |        |      |        |      |        |      |     |          |      |          |      |     |
| Pour être plus convivial-e et plus sociable                                    | 2 206  | 35,7 | 1 008  | 36,2 | 1 174  | 35,3 | NS  | 1 206    | 36,4 | 999      | 34,9 | NS  |
| Parce que cela rend les fêtes plus attrayantes                                 | 2 206  | 39,4 | 1 008  | 47,6 | 1 174  | 32,3 | *** | 1 206    | 40,4 | 999      | 38,1 | NS  |
| <b>Motivations compensatoires (coping)</b>                                     |        |      |        |      |        |      |     |          |      |          |      |     |
| Pour me sentir plus sûr-e de moi ou avoir davantage confiance en moi           | 2 206  | 24,9 | 1 008  | 23,2 | 1 174  | 26,2 | NS  | 1 206    | 26,3 | 999      | 23,2 | NS  |
| Pour oublier mes soucis  | 2 206  | 6,6  | 1 008  | 5,0  | 1 174  | 7,8  | **  | 1 206    | 6,7  | 999      | 6,4  | NS  |
| Pour être de meilleure humeur  | 2 206  | 19,4 | 1 008  | 19,6 | 1 174  | 19,2 | NS  | 1 206    | 21,5 | 999      | 17,0 | **  |
| Pour oublier vos problèmes   | 2 206  | 8,6  | 1 008  | 5,8  | 1 174  | 10,9 | *** | 1 206    | 9,0  | 999      | 8,1  | NS  |
| <b>Motivations de conformité</b>   |        |      |        |      |        |      |     |          |      |          |      |     |
| Parce que mes ami-es m'y ont poussé-e  | 2 206  | 9,8  | 1 008  | 10,9 | 1 174  | 8,9  | NS  | 1 206    | 9,5  | 999      | 10,0 | NS  |
| Pour éviter que les autres se moquent de moi parce que je ne bois pas d'alcool | 2 206  | 1,6  | 1 008  | 0,7  | 1 174  | 2,3  | **  | 1 206    | 1,8  | 999      | 1,3  | NS  |
| Pour être apprécié-e par les autres  | 2 206  | 6,3  | 1 008  | 4,1  | 1 174  | 8,2  | *** | 1 206    | 6,5  | 999      | 6,1  | NS  |
| Pour ne pas vous sentir exclu-e  | 2 206  | 8,1  | 1 008  | 5,6  | 1 174  | 10,0 | *** | 1 206    | 8,4  | 999      | 7,8  | NS  |

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001. NS : pas de différence statistiquement significative.

Source : Enquête de 2022 sur la consommation d'alcool et d'autres substances chez les étudiant-es de l'UCLouvain (analyse et adaptation : Eurotox)

concernaient 30,6 % des étudiant-es, avec une différence significative selon le genre (37,8 % des hommes vs 24,4 % des femmes) et l'âge (34,2 % des ≤ 20 ans vs 26,3 % des > 20 ans), suggérant une consommation plus festive ou excessive chez les plus jeunes et les hommes.

Les motivations compensatoires (*coping*), liées à la gestion de l'humeur ou du mal-être, étaient moins fréquemment citées. Près d'un quart des répondant-es (24,9 %) buvaient pour se sentir plus sûr-es d'eux-elles et 19,4 % pour être de meilleure humeur. Ces raisons ne variaient pas selon le genre, mais les étudiant-es de 20 ans ou moins évoquaient davantage l'amélioration de l'humeur (21,5 % vs 17,0 %). En revanche, les femmes étaient significativement plus nombreuses que les hommes à déclarer boire pour oublier leurs soucis (7,8 % vs 5,0 %) ou leurs problèmes (10,9 % vs 5,8 %).

Enfin, les motivations de conformité, bien que minoritaires, n'étaient pas négligeables : près d'un-e étudiant-e sur dix (9,8 %) a déjà bu parce que des ami-es l'y ont poussé-e et 8,1 % pour ne pas se sentir exclu-es. Ces pressions sociales étaient davantage ressenties par les femmes pour plusieurs items, notamment «pour être apprécié-e par les autres» (8,2 % vs 4,1 %) et «pour ne pas se sentir exclu-e» (10,0 % vs 5,6 %).

Nous avons cherché à déterminer si certaines motivations à consommer de l'alcool étaient associées à des usages plus ou moins intensifs. Des scores ont été construits à partir des 11 items du *Drinking Motives Questionnaire* (DMQ), présentés dans le tableau 30. Deux régressions logistiques multivariées ont ensuite été réalisées afin d'examiner l'association entre ces différentes dimensions motivationnelles et, d'une part, le *binge drinking*<sup>103</sup> au cours des 12 derniers mois et, d'autre part, une consommation à risque, nocive ou associée

.....  
103 Le *binge drinking* se caractérise par une consommation rapide et importante d'alcool sur une courte période, visant à atteindre rapidement un état d'ébriété. Cette pratique a été mesurée à l'aide d'un score reposant sur trois dimensions : (1) la vitesse de consommation, (2) la fréquence des épisodes d'ivresse et (3) la proportion d'occasions de consommation ayant mené à un état d'ivresse. Le score a été divisé en trois catégories : abstinent-es (score = 0), buveur-ses légers-ères (score > 0 et < 16) et *binge drinkers* (score ≥ 16). Pour les analyses, les deux premières catégories ont été regroupées.

**Tableau 31. Association entre les types de motivations à consommer de l'alcool et différents comportements d'usage**

|                             | Binge drinking au cours des 12 derniers mois |     | Consommation à risque, nocive ou dépendance (score AUDIT) |     |
|-----------------------------|--|-----|---|-----|
|                             | OR <sup>a</sup> (IC 95 %)                    | p   | OR <sup>a</sup> IC 95 %                                   | p   |
| Motivations de renforcement | 8,0 (6,2-10,4)                               | *** | 6,6 (4,9-8,8)   | *** |
| Motivations sociales        | 4,3 (3,2-5,8)                                | *** | 4,4 (3,2-6,0)   | *** |
| Motivations compensatoires  | 0,6 (0,3-0,9)                                | *   | 1,6 (0,9-2,8)   | NS  |
| Motivations de conformité   | 0,6 (0,3-1,3)                                | NS  | 0,6 (0,3-1,3)   | NS  |

OR<sup>a</sup> : Odds ratios ajustés pour les autres dimensions motivationnelles. \*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001. NS : pas de différence statistiquement significative.  
Source : Enquête de 2022 sur la consommation d'alcool et d'autres substances chez les étudiant-es de l'UCLouvain (analyse et adaptation : Eurotox)

à une dépendance probable selon le score AUDIT<sup>104</sup>.

Les résultats présentés dans le **tableau 31** montrent que les motivations de renforcement sont fortement associées aux deux indicateurs d'usage intensif : les étudiant-es présentant des scores élevés sur cette dimension ont une probabilité plus importante de déclarer un *binge drinking* et une consommation à risque. Les motivations sociales sont également significativement associées à ces deux comportements, bien que dans une moindre mesure. À l'inverse, les motivations compensatoires apparaissent associées à une probabilité plus faible de *binge drinking* et ne sont pas significativement liées au score AUDIT. Enfin, les motivations de conformité ne montrent pas d'association significative avec les usages intensifs d'alcool.

Ces résultats suggèrent que les consommations les plus intensives sont principalement liées à des motivations orientées vers la recherche de plaisir et la dimension sociale, plutôt qu'à des motivations de gestion des émotions négatives ou de pression sociale.

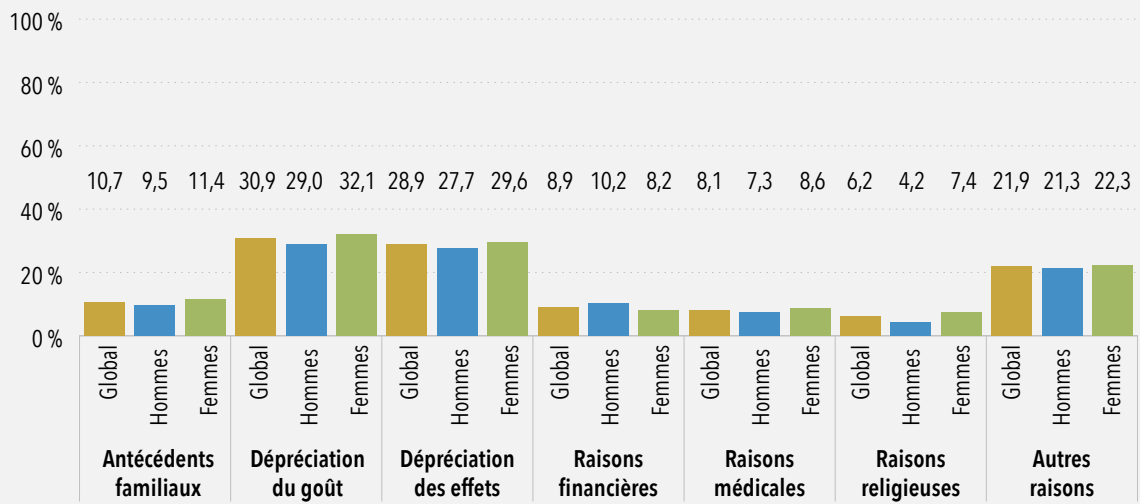
.....  
104 Le score AUDIT est un questionnaire standardisé développé par l'OMS pour évaluer la consommation d'alcool et les risques associés. Il comprend 10 items portant sur la fréquence et l'intensité de la consommation, les signes de dépendance et les conséquences liées à l'alcool. Le score total permet de distinguer une consommation à faible risque (0-7), à risque (8-15), nocive (16-19) ou une dépendance probable (20-40). Pour les analyses, les trois dernières catégories ont été regroupées.

## B) MOTIFS D'ABSTINENCE

Les motifs d'une abstinence partielle ou totale vis-à-vis de l'alcool ont également été explorés dans cette enquête, ces résultats sont illustrés par la **figure 37**. Parmi les étudiant-es ayant déclaré ne pas avoir consommé d'alcool ou l'avoir fait de manière occasionnelle (moins de deux fois par semaine) au cours des 12 derniers mois, les raisons les plus fréquemment évoquées étaient une aversion pour le goût (30,9 %) et une aversion pour ses effets (28,9 %). Environ un-e étudiant-e sur dix évoquait des antécédents familiaux (10,7 %), des raisons financières (8,9 %) ou des motifs médicaux (8,1 %). Les raisons religieuses étaient minoritaires (6,2 %), mais plus souvent rapportées par les femmes (7,4 %) que par les hommes (4,2 %).

Enfin, près d'un quart des répondant-es (21,9 %) ont sélectionné la catégorie «autres raisons». Parmi les réponses libres recueillies dans ce cadre, on retrouvait fréquemment l'idée d'un manque d'intérêt, d'envie ou de besoin de boire, le manque d'occasions festives ou sociales, ainsi que des motifs liés à la santé ou à une pratique sportive. Ces données mettaient en lumière des déterminants variés de la non-consommation, reflétant à la fois des préférences personnelles, des contextes sociaux et des choix de mode de vie.

**Figure 37. Proportions d'étudiant-es n'ayant pas consommé de l'alcool ou seulement occasionnellement (moins de 2 fois par semaine) au cours des 12 mois derniers mois selon les motifs évoqués, globalement et par genre (n= 1199)**



Source : Enquête de 2022 sur la consommation d'alcool et d'autres substances chez les étudiant-es de l'UCLouvain (analyse et adaptation : Eurotox)

# LES CONSÉQUENCES SOCIO-SANITAIRES DE L'USAGE D'ALCOOL

La consommation d'alcool est une pratique largement répandue à travers le monde, associée à des fonctions sociales, culturelles et psychologiques. Si elle peut être perçue comme anodine lorsqu'elle est modérée, son usage abusif ou régulier peut engendrer des conséquences importantes et variées, affectant à la fois la santé physique et mentale, la sécurité publique, ainsi que les relations sociales et familiales. Les dommages liés au mésusage de l'alcool sont multiples : directs ou indirects, immédiats ou différés, ils peuvent impacter à court ou à long terme plusieurs sphères de la vie.

Selon un rapport de l'OMS basé sur des données de 2019, l'alcool est impliqué dans plus de 200 maladies et lésions traumatiques et constitue un déterminant clé de la santé publique (OMS, 2024). En 2019, environ 400 millions de personnes âgées de 15 ans ou plus présentaient des troubles liés à la consommation d'alcool, dont 209 millions étaient alcoolodépendantes. L'alcool est un agent cancérigène avéré, classé dans le groupe 1 par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), au même titre que l'arsenic, l'amiante ou le tabac. Il est reconnu comme cancérigène pour au moins sept localisations cancéreuses : les cancers de la cavité orale, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du foie, du côlon et du rectum, ainsi que le cancer du sein chez la femme. La consommation d'alcool augmente de manière significative le risque de développer ces cancers, y compris à des niveaux de consommation faibles à modérés.

Une publication récente du CIRC, parue dans les *IARC Handbooks of Cancer Prevention*<sup>105</sup> (Volume 20A et 20B), met en évidence l'ampleur du fardeau cancérologique attribuable à l'alcool et le potentiel de prévention associé à la réduction de la

consommation. En 2020, environ 741 300 nouveaux cas de cancer, soit 4,1 % de l'ensemble des nouveaux diagnostics de cancer dans le monde, étaient imputables à la consommation de boissons alcoolisées. Le Volume 20A apporte des indications suffisantes montrant que la réduction ou l'arrêt de la consommation d'alcool, comparativement à une consommation continue, diminue le risque de certains cancers, en particulier les cancers de la cavité orale et de l'œsophage. Ces effets bénéfiques sont étayés par des données mécanistiques montrant qu'une diminution de l'exposition à l'alcool réduit les processus de cancérogenèse au niveau cellulaire. Ces résultats confirment qu'aucun niveau de consommation n'est totalement exempt de risque en matière de cancer et que la prévention primaire repose en grande partie sur la réduction globale de la consommation.

Au-delà des cancers, la consommation d'alcool constitue un facteur de risque pour de nombreuses autres pathologies. Ses effets sur la santé physique et mentale sont multiples et incluent l'apparition de maladies non transmissibles telles que les pathologies hépatiques, cardiovasculaires et métaboliques, ainsi que divers troubles psychiatriques et comportementaux, notamment la dépression, l'anxiété et les troubles liés à la dépendance. Un lien de causalité a également été établi entre la consommation d'alcool et certaines maladies infectieuses. L'alcool accroît, par exemple, le risque d'infection et de mortalité liées à la tuberculose en affaiblissant les réponses immunitaires, et est associé à une augmentation du risque d'infection par le VIH, notamment en favorisant des comportements à risque tels que les rapports sexuels non protégés.

Dans le prolongement de ces constats sanitaires, le Volume 20B des *IARC Handbooks of Cancer Prevention* a évalué l'efficacité des politiques publiques visant à réduire la consommation d'alcool au niveau populationnel. Les expert-es concluent,

avec des indications suffisantes, que certaines mesures structurelles permettent effectivement de réduire la consommation d'alcool et, par conséquent, le fardeau des maladies associées. Ces mesures incluent l'augmentation des taxes et des prix de l'alcool, l'instauration d'un prix minimum par unité d'alcool, la limitation de l'accessibilité physique par la restriction des points de vente et des horaires de vente, l'élévation de l'âge légal d'achat, ainsi que les interdictions strictes de marketing. À l'inverse, les données concernant l'efficacité des restrictions sur certaines promotions de prix sont jugées insuffisantes ou incohérentes. Les expert-es soulignent enfin que l'impact de ces politiques dépend étroitement de leur mise en œuvre effective, de leur application rigoureuse et de leur inscription dans des stratégies globales de santé publique, telles que celles promues par l'OMS dans le cadre de l'initiative SAFER (cf. point 2.6).

Ces constats confirment que les dommages liés à l'alcool ne résultent pas uniquement de la substance elle-même, mais s'inscrivent dans une interaction complexe entre les comportements de consommation, les caractéristiques individuelles et l'environnement social et réglementaire. Si la réduction globale de la consommation apparaît comme un levier central de prévention, l'impact réel de l'alcool sur la santé et le bien-être varie fortement selon les profils de consommateur-rices et les contextes dans lesquels s'inscrit l'usage.

L'impact de la consommation d'alcool dépend ainsi de plusieurs facteurs, notamment la quantité et la fréquence de consommation, l'état de santé, l'âge, le sexe et le contexte social. Certains groupes vulnérables sont particulièrement exposés aux risques liés à l'alcool, tandis que les individus adoptant des comportements de consommation plus modérés ne sont pas nécessairement exempts de conséquences négatives. L'ampleur des dommages est également fortement influencée par des facteurs sociétaux, tels que les normes

105 IARC. Alcohol Policies. IARC Handbooks of Cancer Prevention. URL : <https://publications.iarc.who.int/Book-And-Report-Series/Iarc-Handbooks-Of-Cancer-Prevention>

culturelles, la disponibilité de l'alcool, le niveau de développement économique et l'efficacité des politiques de régulation. La majorité des effets néfastes de l'alcool est associée à des consommations excessives, qu'elles soient occasionnelles ou régulières, et ces effets sont amplifiés lors d'épisodes de forte consommation. Par ailleurs, des différences significatives existent entre les sexes : si les hommes consomment en moyenne davantage et de manière plus excessive, les femmes présentent, à quantités égales, une plus grande vulnérabilité aux effets toxiques de l'alcool, notamment en raison de différences biologiques influençant le métabolisme de l'éthanol.

Au-delà des conséquences sanitaires, les répercussions sociales d'un mésusage de l'alcool sont également vastes et peuvent affecter profondément les relations interpersonnelles et l'intégration sociale. Elles se traduisent notamment par des conflits familiaux, des séparations, un décrochage scolaire, des absences répétées au travail et une baisse de la productivité. Une consommation excessive d'alcool est en outre fréquemment associée à la prise de risques, tels que des accidents, des comportements impulsifs ou violents, ou des prises de décisions dangereuses, mettant en péril non seulement la personne consommatrice, mais aussi son entourage, sa famille et ses collègues. L'alcool constitue également un facteur contributif à de nombreux traumatismes, intentionnels ou non, tels que les chutes, les noyades, les brûlures, les agressions sexuelles, les violences conjugales et les suicides. L'accumulation de ces effets peut conduire à une marginalisation sociale et alimenter un cercle vicieux de dégradation des relations sociales, professionnelles et familiales.

Dans ce contexte, la prévention des dommages liés à l'alcool ne peut se limiter à des approches individuelles et nécessite des réponses structurelles, coordonnées et fondées sur des données probantes. C'est dans cette perspective que l'OMS et l'Union européenne ont lancé en mai 2025 l'Alliance européenne sur l'alcool et la santé<sup>106</sup>, visant à renforcer la coopération entre les États

.....  
106 OMS. Lancement de l'Alliance européenne sur l'alcool et la santé en vue de réduire l'impact insoutenable des méfaits de l'alcool en Europe. Communiqué de presse, 08/05/2025. URL : <https://www.who.int/europe/fr/news/item/08-05-2025-european-health-alliance-on-alcohol-launched-to>

membres, les organisations de santé et la société civile afin de réduire les méfaits liés à l'alcool et d'améliorer les politiques publiques.

Les expériences récentes menées dans certains pays illustrent concrètement l'efficacité de telles approches. En Lituanie<sup>107</sup>, la combinaison de mesures fiscales, de restrictions des horaires de vente et d'interdictions de la publicité a conduit à une diminution marquée de la consommation d'alcool et des décès qui y sont liés. En Écosse<sup>108</sup>, l'introduction d'un prix minimum unitaire a permis de réduire la consommation chez les plus grand-es consommateur-rices ainsi que les hospitalisations liées à l'alcool. Ces exemples montrent que des stratégies ciblées, coordonnées et rigoureusement appliquées peuvent produire des résultats tangibles en matière de santé publique.

10.1

**LES CONSÉQUENCES PERÇUES DE L'USAGE DE L'ALCOOL SUR BASE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE CHEZ LES ÉTUDIANT-ES DE L'UCLouvain**

**A) CONSÉQUENCES LIÉES À LA CONSOMMATION PERSONNELLE D'ALCOOL**

Les participant-es à l'enquête menée auprès des étudiant-es de l'UCLouvain (cf. point 7.2) ont été questionné-es sur les conséquences de leur consommation d'alcool. La question qui leur a été posée était : «Au cours des 12 derniers mois, avez-vous rencontré les

.....  
[reduce-the-unsustainable-toll-of-alcohol-harms-in-europe](https://www.who.int/europe/fr/news/item/08-05-2025-european-health-alliance-on-alcohol-launched-to)  
107 Movendi International. Understanding Lithuania's alcohol policy success. Article publié le 30/09/2021. URL : <https://movendi.ngo/policy-updates/understanding-lithuanias-alcohol-policy-success/>  
108 Public Health Scotland. Minimum unit pricing reduces alcohol-related harm to health. Article publié le 27/06/2023. URL : <https://publichealthscotland.scot/news/2023/june/minimum-unit-pricing-reduces-alcohol-related-harm-to-health/>

situations/conséquences suivantes à cause de votre consommation d'alcool ?».

Les résultats montrent que les effets les plus courants concernaient des manifestations physiques et cognitives directement liées à une consommation excessive (Tableau 32). Par exemple, 65,6 % des répondant-es ont déclaré avoir déjà vomi à cause de l'alcool au moins une fois dans l'année, dont 17,0 % «souvent» et 4,8 % «la plupart du temps». De même, la moitié avaient déjà vécu un black-out, c'est-à-dire une perte de mémoire temporaire liée à une consommation excessive, et 15,5 % déclaraient que cela leur arrivait «souvent» ou «la plupart du temps».

Les conséquences plus sociales ou comportementales étaient également notables : 36,3 % des participant-es disaient avoir provoqué de la gêne ou de l'embarras et 16,5 % avaient déjà reçu des remarques de leurs proches à propos de leur consommation. Par ailleurs, près de 32,4 % indiquaient avoir chuté ou s'être blessé-e et 16,8 % avaient été impliqué-es dans une dispute ou une bagarre.

L'impact sur le parcours académique est aussi important. Un peu moins de la moitié des étudiant-es (44,4 %) reconnaissaient avoir négligé leurs études en raison de leur consommation d'alcool, dont 10,8 % le faisaient «souvent» ou «la plupart du temps». La situation était encore plus marquée pour les cours séchés, avec 57,5 % de réponses affirmatives, dont 19,7 % le faisaient régulièrement. L'incapacité à travailler ou à étudier touchait 51,3 % des répondant-es, dont 9,7 % de manière récurrente. Bien que plus rares, les échecs à un examen ou à une session concernaient quand même 7,2 % des répondant-es.

Certaines conséquences, bien que rapportées par une proportion plus restreinte d'étudiant-es, n'en demeurent pas moins préoccupantes au regard de leur gravité potentielle. Ainsi, les relations sexuelles non protégées concernaient 17,6 % des répondant-es, et les relations sexuelles regrettées en touchaient 14,4 %. Les malaises ou évanouissements, problèmes avec la police, évitement des proches, ou accidents de la route étaient signalés par moins de 7 % des étudiant-es.

Enfin, l'état d'ébriété en cours était mentionné par 27,1 % des répondant-es, ce qui montre que cette situation n'est pas

**Tableau 32. Distribution (%) des répondant-es selon la fréquence des conséquences de la consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois (n=2206)**

|   | Jamais | Parfois | Souvent | La plupart du temps |
|---|--------|---------|---------|---------------------|
| Relations sexuelles non protégées                 | 82,4   | 14,0    | 2,0     | 1,6                 |
| Accident de la route                              | 97,6   | 2,2     | 0,1     | 0,0                 |
| Évitement des proches                             | 95,4   | 4,3     | 0,2     | 0,0                 |
| Études négligées                                  | 55,6   | 33,6    | 8,2     | 2,6                 |
| Cours séchés                                      | 42,5   | 37,8    | 13,2    | 6,5                 |
| Relations sexuelles regrettées                    | 85,7   | 13,0    | 1,2     | 0,2                 |
| Malaise ou évanouissement brutal                  | 94,3   | 5,4     | 0,3     | 0,0                 |
| Incapacité à travailler ou à étudier              | 48,7   | 41,6    | 7,8     | 1,9                 |
| État d'ébriété en cours                           | 72,9   | 24,7    | 2,0     | 0,4                 |
| Problème avec la police et/ou avec le gardiennage | 93,8   | 5,9     | 0,2     | 0,0                 |
| Échec à un examen ou à une session                | 92,8   | 5,4     | 1,4     | 0,4                 |
| Remarques d'un proche sur la consommation         | 83,5   | 14,1    | 1,9     | 0,5                 |
| Gêne ou embarras provoqué                         | 63,7   | 30,0    | 5,4     | 0,9                 |
| Bagarre/dispute                                   | 83,2   | 15,4    | 1,3     | 0,1                 |
| Chute et/ou blessure                              | 67,6   | 28,0    | 3,7     | 0,7                 |
| Vomissement                                       | 34,4   | 43,8    | 17,0    | 4,8                 |
| Black-out   | 50,0   | 34,5    | 12,2    | 3,3                 |

Source : Enquête de 2022 sur la consommation d'alcool et d'autres substances chez les étudiant-es de l'UCLouvain (analyse et adaptation : Eurotox)

**Tableau 33. Distribution (%) des répondant-es selon les nuisances vécues en raison de la consommation d'alcool des autres (n=2480)**

|  | Jamais | Parfois | Souvent | La plupart du temps |
|--|--------|---------|---------|---------------------|
| Étude perturbée                            | 58,5   | 32,7    | 7,2     | 1,6                 |
| Devoir prendre soin d'un-e étudiant-e ivre | 31,2   | 50,0    | 17,0    | 1,7                 |
| Être insulté-e                             | 65,6   | 29,4    | 4,6     | 0,4                 |
| Être agressé-e                             | 87,6   | 11,1    | 1,3     | 0,0                 |
| Biens personnels saccagés                  | 84,2   | 14,0    | 1,6     | 0,2                 |
| Sommeil perturbé et insuffisant            | 34,9   | 38,0    | 19,6    | 7,5                 |

Source : Enquête de 2022 sur la consommation d'alcool et d'autres substances chez les étudiant-es de l'UCLouvain (analyse et adaptation : Eurotox)

**Tableau 34. Distribution (%) des répondant-es selon l'impact perçu de l'alcool sur leur vie au cours des 12 derniers mois (n=2206)**

|   | Pas du tout | Un peu | Beaucoup | Enormément |
|---|-------------|--------|----------|------------|
| Impact négatif sur la capacité de travail ou d'étude                              | 50,2        | 38,9   | 9,0      | 1,9        |
| Mauvais comportement envers les autres, impact négatif sur des relations amicales | 82,4        | 16,4   | 1,0      | 0,2        |
| Impact négatif sur la vie sexuelle  | 90,6        | 7,8    | 1,0      | 0,6        |
| Difficultés financières   | 81,9        | 14,6   | 2,8      | 0,8        |
| Honte   | 53,5        | 38,5   | 6,8      | 1,2        |
| Inquiétude pour sa santé  | 57,0        | 32,5   | 8,2      | 2,3        |
| Prise de risques  | 75,6        | 21,1   | 2,8      | 0,5        |
| Planification des journées autour de l'alcool et la guindaille                    | 46,0        | 35,2   | 14,8     | 4,1        |
| Impression de perte de contrôle de soi-même                                       | 56,8        | 33,2   | 8,4      | 1,6        |
| Sommeil de mauvaise qualité ou insuffisant  | 35,4        | 35,9   | 22,6     | 6,1        |

Source : Enquête de 2022 sur la consommation d'alcool et d'autres substances chez les étudiant-es de l'UCLouvain (analyse et adaptation : Eurotox)

anodine, même si seuls 2,4 % disaient y être «souvent» ou «régulièrement» confronté-es.

En plus des analyses présentées dans le tableau 32, nous avons également examiné si les conséquences perçues étaient associées à l'intensité de la consommation d'alcool. Les résultats ont montré que les étudiant-es ayant pratiqué le *binge drinking* au cours des 12 derniers mois, ainsi que celles et ceux présentant un score AUDIT indiquant une consommation risquée, nocive ou une dépendance probable, étaient plus fréquemment confronté-es à chacune des conséquences rapportées. Autrement dit, plus la consommation d'alcool était intense ou problématique, plus les effets négatifs, qu'ils soient physiques, cognitifs, sociaux ou académiques, étaient vécus de manière régulière.

## B) CONSÉQUENCES LIÉES À LA CONSOMMATION D'ALCOOL D'AUTRES PERSONNES

Au-delà des conséquences personnelles liées à leur propre consommation d'alcool, les étudiant-es de l'UCLouvain ont également été interrogé-es sur les nuisances subies du fait de la consommation d'alcool des autres (Tableau 33). Cette question visait à mettre en lumière les répercussions indirectes que peut avoir l'alcool dans le contexte de la vie étudiante.

Les résultats montrent que ces nuisances étaient loin d'être marginales. La plus fréquemment rapportée concernait le sommeil perturbé ou insuffisant, évoqué par 65,1 % des répondant-es, dont 19,6 % «souvent» et 7,5 % «la plupart du temps». Près de 70 % des étudiant-es déclaraient avoir déjà dû prendre soin d'un-e pair-e en état d'ébriété, dont 18,7 % «souvent» ou «la plupart du temps».

Les perturbations dans les études causées par la consommation d'alcool des autres étaient également fréquentes : 41,5 % des répondant-es ont rapporté que leurs études avaient été perturbées, dont «souvent» ou «la plupart du temps» pour près de 9 % d'entre eux-elles.

Des problèmes plus graves étaient moins fréquents : 34,4 % des étudiant-es ont été insulté-es, 12,4 % ont subi des agressions et 15,8 % ont vu leurs biens personnels abîmés à cause de l'alcool.

## C) IMPACT PERÇU DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Le **tableau 34** montre que l'alcool a un impact varié sur la vie des étudiant-es. La moitié d'entre eux-elles (50,2 %) estimaient que l'alcool n'avait pas du tout affecté leur capacité de travail ou d'études, mais 10,9 % ressentait un impact important ou énorme sur ce point. De même, près de la moitié (46,5 %) éprouvait de la honte liée à leur consommation.

Sur le plan des relations sociales, la majorité des étudiant-es (82,4 %) considéraient que leur comportement envers les autres n'avait pas été affecté, tout comme leur vie sexuelle (90,6 %). Les difficultés financières étaient également peu rapportées, mais près d'un-e étudiant-e sur cinq (18,1 %) déclarait avoir rencontré au moins quelques problèmes à ce niveau.

Près de 65 % des répondant-es déclaraient un sommeil de mauvaise qualité ou insuffisant lié à l'alcool, tandis que 43,2 % ressentait une perte de contrôle de soi assez importante. La planification des journées autour de l'alcool et des fêtes concernait aussi une part non négligeable des étudiant-es : près de 20 % disaient que cela influençait « beaucoup » ou « énormément » leur emploi du temps.

En complément, toutes ces dimensions d'impact perçu étaient plus fréquemment rapportées par les étudiant-es ayant pratiqué le *binge drinking* au cours des 12 derniers mois et par celles et ceux présentant un score AUDIT indiquant une consommation risquée, nocive ou une dépendance probable. L'intensité des impacts, notamment lorsqu'ils étaient ressentis « beaucoup » ou « énormément », était également plus marquée dans ces groupes.

### Une pratique banalisée aux effets sous-estimés

Le *binge drinking*, défini comme une consommation rapide et massive d'alcool sur une courte période, est devenu une pratique courante chez les adolescent-es et les jeunes adultes, en particulier dans les milieux étudiants. Longtemps perçu comme un comportement sans conséquences durables, ce mode de consommation est désormais reconnu comme entraînant des altérations significatives du fonctionnement cognitif et cérébral, même après seulement quelques mois de pratique.

Si les effets neurotoxiques de l'alcool sont largement établis, la plupart des recherches sur les conséquences psychologiques, cognitives et cérébrales de l'alcool se sont historiquement concentrées sur les patient-es présentant un trouble sévère de l'usage d'alcool (ou alcoolodépendant-es), négligeant ainsi l'étude d'autres formes de consommation. Cette focalisation a longtemps entretenu, dans la communauté scientifique comme dans la population générale, l'idée qu'une consommation épisodique, même excessive, n'entraînait pas de conséquences néfastes à long terme, voire qu'une consommation modérée pouvait avoir des effets bénéfiques sur le fonctionnement cardiaque ou cérébral. Depuis le milieu des années 2000, toutefois, de nombreuses études en psychologie et en neurosciences ont montré que les effets durables de l'alcool sur la cognition et le cerveau ne se limitent pas aux consommations chroniques et extrêmes, mais apparaissent également dans le *binge drinking*.

### Altérations cognitives précoces et cumulatives

Sur le plan cognitif, les études de neuropsychologie mettent en évidence des altérations significatives dans plusieurs domaines essentiels.

Les capacités attentionnelles et de vigilance sont affectées : les étudiant-es *binge drinkers* présentent des déficits d'alerte et de contrôle attentionnel. Ils peinent à mobiliser, maintenir et diriger efficacement leur attention vers les informations pertinentes de leur environnement, ce qui se traduit par une distractibilité accrue, une vigilance réduite et une moindre capacité à ignorer les stimulations non pertinentes.

La mémoire est également touchée, en particulier la mémoire épisodique, c'est-à-dire la capacité à encoder et rappeler des événements vécus tandis que la mémoire sémantique et visuo-spatiale demeurent relativement préservée. Des difficultés de mémoire prospective (se souvenir d'effectuer une action future) sont également fréquemment observées.

Les fonctions exécutives sont fortement concernées. Le *binge drinking* affecte les principales composantes exécutives, notamment la flexibilité cognitive (changement de tâche ou de stratégie mentale), la mise à jour de la mémoire de travail (remplacement d'informations obsolètes par de nouvelles données pertinentes), l'inhibition (contrôle des réponses automatiques, particulièrement face à des stimuli liés à l'alcool) et la prise de décision (élaboration et maintien de stratégies efficaces dans des situations complexes ou nouvelles). Les *binge drinkers* présentent également une impulsivité accrue, les conduisant à privilégier les récompenses immédiates au détriment des bénéfiques à long terme. Ces déficits apparaissent dès les premières années de consommation et s'aggravent avec la répétition des épisodes. Certain-es chercheur-es évoquent même un «vieillessement cognitif prématuré», les étudiant-es *binge drinkers* présentant des performances comparables à celles de personnes âgées de 50 à 60 ans.

### Modifications cérébrales mesurables

Sur le plan cérébral, le *binge drinking* entraîne des perturbations mesurables du fonctionnement neuronal, confirmées par les études d'électrophysiologie et d'imagerie cérébrale. On observe notamment des modifications structurelles avec des atrophies ou altérations dans plusieurs régions, dont l'hippocampe (impliqué dans la mémoire) et les

régions préfrontales (siège des fonctions exécutives). Des anomalies de la substance blanche ont également été rapportées, perturbant la communication entre les aires cérébrales.

Ces anomalies sont proportionnelles à la fréquence et à l'intensité du *binge drinking*, notamment au nombre d'épisodes de *blackout* (pertes de mémoire liées à une alcoolisation très intense). Sur le plan fonctionnel, les études montrent des activations réduites des régions frontales et préfrontales lors de tâches de mémoire de travail ou de prise de décision. Parallèlement, le système de la récompense, central dans le développement des conduites addictives, présente une hyperactivation face aux stimuli liés à l'alcool, un phénomène qui prédit la poursuite ou l'aggravation du *binge drinking*.

### Un continuum avec les troubles sévères de l'usage d'alcool

L'ensemble de ces observations conduit à postuler l'existence d'un continuum entre *binge drinking* et troubles sévères de l'usage d'alcool, sur le plan des conséquences neurocognitives. Les *binge drinkers* présentent ainsi des altérations qualitativement similaires, bien que quantitativement plus faibles, à celles observées chez les patient-es dépendant-es. Chez les jeunes, ces déficits peuvent toutefois être masqués par la présence d'une réserve cognitive importante, permettant une compensation temporaire des dysfonctionnements. Ce mécanisme explique en partie pourquoi de nombreux-ses étudiant-es déclarent ne pas percevoir d'effets concrets de leur consommation sur leur fonctionnement quotidien : les déficits sont bien présents mais temporairement compensés par la flexibilité cérébrale.

### Enjeux de prévention et de santé publique

En conclusion, bien que plusieurs questions demeurent (notamment sur le lien causal exact entre *binge drinking* et altérations, ou sur l'influence de l'âge et du sexe), il est désormais clairement établi que le *binge drinking*, loin d'être une pratique anodine, provoque des altérations mesurables et durables du fonctionnement cognitif et cérébral. Ces perturbations touchent un large éventail de capacités essentielles au bon fonctionnement quotidien et s'accompagnent de modifications du cerveau. Le cerveau des étudiant-es *binge drinkers* fonctionne ainsi plus lentement et de manière moins efficace, même en dehors des épisodes d'alcoolisation.

Bien qu'une récupération partielle soit possible à long terme, les déficits neurocognitifs peuvent persister plusieurs mois, voire plusieurs années, même après l'arrêt ou la réduction de la consommation. Ces effets sont d'autant plus préoccupants qu'ils touchent une population jeune, dont le cerveau est encore en maturation. Prévenir le *binge drinking*, c'est donc non seulement éviter une altération du fonctionnement intellectuel à court terme, mais aussi protéger le développement cérébral et les capacités cognitives futures.

### Pour aller plus loin

- Maurage P, Campanella S. Le *binge drinking* chez les jeunes : une approche psychologique et neurocognitive. Bruxelles : Mardaga ; 2021. 316 p.
- Maurage P, Lannoy S, Mange J, Grynberg D, Beaunieux H, Banovic I, Gierski F, Naassila M. Vers une définition opérationnelle du *binge drinking* : une nécessité diagnostique et de recherche. *Alcoolologie Addictologie*. 2023;42:33-58.
- Maurage P. Effets cérébraux du *binge drinking* chez les jeunes : l'éclairage des neurosciences. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2014;62:177-85.

Prof. Pierre Maurage  
UCLouvain – Psychological Sciences Research Institute (IPSY)  
Louvain for Experimental Psychopathology research group (LEP)

## LES INFRACTIONS LIÉES À L'ALCOOL

Selon les statistiques de la Police Fédérale, établies sur la base des procès-verbaux dressés, les infractions liées à l'alcool et l'ivresse figurent parmi les 15 infractions les plus fréquentes dans le domaine judiciaire. Ces statistiques n'incluent pas les infractions en lien avec la conduite sous influence d'alcool, qui font l'objet d'un enregistrement distinct portant sur l'ensemble des statistiques d'infractions de roulage (cf. point 10.2.1).

Au niveau national, les infractions liées à l'alcool et à l'ivresse représentaient 1 % de l'ensemble des infractions judiciaires en 2000 (Tableau 35). À l'exception des années 2020 et 2021, marquées par les restrictions liées à la pandémie de Covid-19,

.....  
109 Police Fédérale - DGR/DRI - BIPOL. Statistiques policières de criminalité (2000 - Trimestre 1 2024).  
URL : <https://www.police.be/statistiques/fr/criminalite/statistiques-de-criminalite>

Tableau 35. Infractions en lien avec l'alcool et l'ivresse enregistrées en Région wallonne et à l'échelle nationale, 2000 et 2014-2024<sup>109</sup>

|                   | Région wallonne     |                    | Belgique            |                    |
|-------------------|---------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
|                   | Alcool et l'ivresse | Total <sup>a</sup> | Alcool et l'ivresse | Total <sup>a</sup> |
| 2000              | 3 160               | 355 417            | 10 009              | 1 002 082          |
| 2014              | 5 537               | 341 749            | 19 799              | 977 506            |
| 2015              | 5 453               | 326 138            | 19 152              | 921 807            |
| 2016              | 5 468               | 312 527            | 19 484              | 893 869            |
| 2017              | 5 334               | 306 475            | 19 437              | 884 084            |
| 2018              | 4 673               | 307 816            | 19 261              | 894 272            |
| 2019              | 4 704               | 311 897            | 20 273              | 922 571            |
| 2020              | 3 843               | 321 586            | 16 046              | 997 532            |
| 2021              | 3 949               | 287 420            | 16 357              | 891 527            |
| 2022              | 5 636               | 296 921            | 20 505              | 903 261            |
| 2023              | 6 001               | 304 759            | 21 464              | 931 824            |
| 2024 <sup>b</sup> | 4 521               | 218 892            | 16 068              | 666 691            |

a Cette colonne comptabilise l'ensemble des infractions dans le domaine judiciaire (hors circulation) : vol et extorsion, dégradation de la propriété, infractions contre l'intégrité physique, fraude, drogues, armes et explosifs, etc.

b Uniquement pour les 3 premiers trimestres.

Source : Statistiques de la Police Fédérale

durant lesquelles une baisse relative a été observée (1,6 % et 1,8 % respectivement), ce taux est resté relativement stable, oscillant entre 2,0 % en 2014 et 2,4 % au cours des trois premiers trimestres de 2024. Sur cette dernière période, ces infractions concernaient majoritairement des hommes (83,3 %) et des personnes majeures (98,9 %).

En Wallonie, la proportion d'infractions liées à l'alcool et à l'ivresse était inférieure à la moyenne nationale (Tableau 35). Elle s'élevait à 0,9 % en 2000, et a fluctué entre 1,2 % (2020) et 2,1 % (2024) sur la période allant de 2014 aux trois premiers trimestres de 2024. Au cours de ces trois premiers trimestres de 2024, ces infractions impliquaient principalement des hommes

Tableau 36. Types d'infractions liées à l'alcool et l'ivresse enregistrés en Région wallonne et au niveau national, 2000 et 2014-2024

|                   | Région wallonne              |   |                         |  |   |              |        | Belgique |                              |   |                         |  |   |              |        |        |
|-------------------|------------------------------|---|-------------------------|--|---|--------------|--------|----------|------------------------------|---|-------------------------|--|---|--------------|--------|--------|
|                   | Ivresse sur la voie publique | Heure de fermeture d'établissements hôteliers | Distillerie clandestine | Servir de l'alcool à une personne ivre | Législation relative aux débits de boissons | Non spécifié | Autres | Total    | Ivresse sur la voie publique | Heure de fermeture d'établissements hôteliers | Distillerie clandestine | Servir de l'alcool à une personne ivre | Législation relative aux débits de boissons | Non spécifié | Autres | Total  |
| 2000              | 3 074                        | 19  | 1                       |  |   | 3            | 61     | 3 160    | 9 621                        | 125   | 26                      |  |   | 7            | 230    | 10 009 |
| 2014              | 5 510                        | 11  | 3                       | 13                                     |   |              |        | 5 537    | 19 718                       | 43  | 4                       | 33                                     |   | 1            |        | 19 799 |
| 2015              | 5 409                        | 31  |                         | 11                                     |   | 2            |        | 5 453    | 19 066                       | 48  |                         | 34                                     |   | 4            |        | 19 152 |
| 2016              | 5 436                        | 24  |                         | 8                                      |   |              |        | 5 468    | 19 416                       | 35  | 2                       | 27                                     |   | 4            |        | 19 484 |
| 2017              | 5 317                        | 3   | 3                       | 10                                     |   | 1            |        | 5 334    | 19 377                       | 28  | 4                       | 24                                     |   | 4            |        | 19 437 |
| 2018              | 4 657                        | 1   | 2                       | 11                                     |   | 2            |        | 4 673    | 19 180                       | 32  | 2                       | 30                                     |   | 17           |        | 19 261 |
| 2019              | 4 683                        | 2   | 4                       | 13                                     |   | 2            |        | 4 704    | 20 226                       | 15  | 4                       | 21                                     |   | 7            |        | 20 273 |
| 2020              | 3 831                        | 1   | 4                       | 5                                      | 1   | 1            |        | 3 843    | 16 011                       | 9   | 5                       | 15                                     | 1   | 5            |        | 16 046 |
| 2021              | 3 941                        |   |                         | 3                                      | 3   | 2            |        | 3 949    | 16 324                       | 4   | 1                       | 7                                      | 11  | 10           |        | 16 357 |
| 2022              | 5 624                        | 2   |                         | 9                                      | 1   |              |        | 5 636    | 20 447                       | 23  | 3                       | 15                                     | 12  | 5            |        | 20 505 |
| 2023              | 5 983                        | 5   | 2                       | 5                                      | 4   | 2            |        | 6 001    | 21 418                       | 11  | 2                       | 12                                     | 9   | 12           |        | 21 464 |
| 2024 <sup>a</sup> | 4 511                        | 2   | 1                       | 4                                      | 3   |              |        | 4 521    | 16 052                       | 5   | 1                       | 6                                      | 4   |              |        | 16 068 |

a Uniquement pour les 3 premiers trimestres

Source : Statistiques de la Police Fédérale

(81,4 %) et des personnes majeures (99,2 %).

Le **tableau 36** présente les différents types d'infractions liées à l'alcool et à l'ivresse enregistrées en Région wallonne et au niveau national. Il en ressort que l'ivresse sur la voie publique est, de loin, l'infraction la plus fréquemment constatée. Toutefois, l'interprétation des variations de prévalence au fil du temps demeure complexe, en raison de possibles changements dans l'identification et la répression de ces types d'infractions.

La baisse des infractions pour ivresse sur la voie publique en 2020 et 2021 est probablement à imputer à la crise du Covid-19. Les mesures restrictives mises en place, telles que les confinements, les couvre-feux et la fermeture des établissements Horeca ainsi que des lieux de vie nocturne, ont fortement limité les occasions de consommation d'alcool dans l'espace public.

### 10.2.1 LES INFRACTIONS DE ROULAGE LIÉES À L'ALCOOL

Les données de la Police Fédérale présentées dans le **tableau 37** incluent les infractions mesurées par éthylomètre ainsi que d'autres types d'infractions spécifiées dans la loi relative à la police de la sécurité routière (e.g. ne pas remettre son permis après un test positif, inciter ou provoquer à conduire un véhicule une personne qui donne des signes évidents d'imprégnation alcoolique ou se trouver dans un état équivalent). Ces données montrent que les infractions

routières liées à l'alcool représentent une très faible proportion de l'ensemble des infractions routières enregistrées (entre 0,9 % et 1,6 % pour la Wallonie, et entre 0,6 % et 1,1 % au niveau national) et que leur nombre est relativement stable. Cependant, on remarque que les taux d'infractions routières liées à l'alcool étaient plus faibles en 2020 et en 2021. Cette baisse peut s'expliquer par la crise sanitaire, qui a entraîné des restrictions de circulation, possiblement une réduction des effectifs policiers disponibles pour enregistrer ces infractions (en raison d'infections au Covid-19, de la réorientation des forces policières vers des missions en lien avec la crise sanitaire, etc.) et la fermeture à certains moments de l'Horeca (dont les bars et les boîtes de nuits).

En 2023, un total de 46 712 conducteur-rices belges ont été verbalisé-es pour conduite sous l'influence de l'alcool, un chiffre proche de celui de 2022 (8,1 % en région de Bruxelles-Capitale, 40,2 % en Wallonie et 51,7 % en Flandres). En Wallonie, parmi les contrevenant-es, 81,5 % étaient des hommes (80,5 % au niveau national) (**Tableau 38**). Sur les 18 788 infractions recensées, 2,0 % concernaient des conducteur-rices de 20 ans ou moins, 22,6 % des 21 à 30 ans, 25,5 % des 31 à 40 ans, 21,4 % des 41 à 50 ans et 28,4 % des conducteur-rices de 51 ans et plus. Le nombre d'infractions enregistré était le plus élevé dans le Hainaut (42,8 %) et le plus

.....  
110 Source : Police Fédérale - DGR/DRI - BIPOL. Aperçu des infractions routières (2023). URL : <https://www.police.be/statistiques/fr/circulation/infractionsroutieres>

bas dans le Brabant wallon (10,5 %) ; une variation liée en partie à la taille respective des provinces. Il était également légèrement plus élevé en hiver (28,9 %) par rapport aux trois autres saisons (23,1 % à 24,7 %), durant le week-end (61,8 %) par rapport aux jours de semaine (38,2 %) ainsi que sur les routes nationales (49,6 %) et communales (42,6 %) par rapport aux autres types de routes. Cependant, il est important de noter que ces écarts pourraient être liés à une fréquence plus élevée des contrôles durant

**Tableau 38. Caractéristiques des infractions routières liées à l'alcool enregistrées en Wallonie et au niveau national en 2023<sup>110</sup>**

|                                | Wallonie (%) | Belgique (%) |
|--------------------------------|--------------|--------------|
| <b>Genre</b>                   |              |              |
| Hommes                         | 81,5         | 80,5         |
| Femmes                         | 17,2         | 17,9         |
| Inconnu                        | 1,2          | 1,6          |
| <b>Âge</b>                     |              |              |
| 0-20 ans                       | 2,0          | 2,2          |
| 21-30 ans                      | 22,6         | 21,7         |
| 31-40 ans                      | 25,5         | 25,1         |
| 41-50 ans                      | 21,4         | 22,2         |
| 51-60 ans                      | 17,4         | 17,4         |
| > 60 ans                       | 11,0         | 11,4         |
| Inconnu                        | 0,0          | 1,6          |
| <b>Saison</b>                  |              |              |
| Hiver (décembre à février)     | 28,9         | 28,7         |
| Printemps (mars à mai)         | 23,1         | 23,3         |
| Été (juin à août)              | 24,7         | 25,2         |
| Automne (septembre à novembre) | 23,3         | 22,8         |
| <b>Moment de la semaine</b>    |              |              |
| En journée en semaine          | 66,0         | 61,4         |
| La nuit en semaine             | 34,0         | 38,6         |
| Total en semaine               | 38,2         | 34,1         |
| En journée le week-end         | 35,9         | 34,5         |
| En soirée le week-end          | 64,1         | 65,5         |
| Total le week-end              | 61,8         | 65,9         |
| <b>Type de route</b>           |              |              |
| Autoroute                      | 7,6          | 6,3          |
| Route communale                | 42,6         | 46,2         |
| Route nationale                | 49,6         | 47,3         |
| Inconnu                        | 0,3          | 0,2          |
| <b>Province</b>                |              |              |
| Brabant wallon                 | 10,5         |              |
| Hainaut                        | 42,8         |              |
| Liège                          | 21,8         |              |
| Luxembourg                     | 11,7         |              |
| Namur                          | 13,1         |              |

Source : Statistiques de la Police Fédérale

**Tableau 37. Infractions routières liées à l'alcool enregistrées en Wallonie et au niveau national, 2015-2023<sup>110</sup>**

|      | Wallonie |                    | Belgique |                    |
|------|----------|--------------------|----------|--------------------|
|      | Alcool   | Total <sup>a</sup> | Alcool   | Total <sup>a</sup> |
| 2015 | 15 685   | 1 081 722          | 48 134   | 4 633 005          |
| 2016 | 16 570   | 1 061 630          | 51 261   | 4 761 598          |
| 2017 | 16 104   | 1 075 110          | 49 348   | 4 765 777          |
| 2018 | 16 692   | 1 109 890          | 48 633   | 5 121 210          |
| 2019 | 18 106   | 1 176 896          | 51 468   | 5 512 655          |
| 2020 | 11 398   | 1 147 455          | 30 936   | 5 345 982          |
| 2021 | 13 722   | 1 314 072          | 35 820   | 6 053 504          |
| 2022 | 18 392   | 1 647 747          | 46 665   | 7 607 952          |
| 2023 | 18 788   | 1 996 791          | 46 712   | 8 420 303          |

a Cette colonne comptabilise l'ensemble des infractions routières (excès de vitesse, utilisation du GSM au volant, usage d'alcool ou de drogues au volant, etc.).

Source : Statistiques de la Police Fédérale

ces périodes et sur ces axes, plutôt qu'à une proportion réellement plus élevée de conducteur-rices sous influence.

## 10.2.2 LA CONDUITE SOUS L'INFLUENCE DE L'ALCOOL

L'alcool altère les fonctions cérébrales, cognitives et comportementales, avec des conséquences potentiellement graves sur la conduite. Plus la concentration d'alcool dans le sang (CAS) augmente, plus ces effets sont marqués. Une revue systématique de la littérature a montré que le risque relatif d'accident augmente de manière significative dès une CAS aussi basse que 0,4 g/l (Garrison *et al.*, 2021). Des déficits en perception visuelle et en vigilance apparaissent dès 0,3 g/l, tandis que des troubles liés au maintien et à la répartition de l'attention sont observés à partir de 0,5 g/l. La Commission européenne, sur la base de nombreuses méta-analyses, a conclu qu'une CAS de 0,5 g/l compromet déjà les facultés nécessaires à une conduite sécurisée (Commission européenne, 2022). En effet, à ce seuil, on observe une diminution des capacités de coordination, de suivi visuel des objets en mouvement, une difficulté à contrôler le véhicule, ainsi qu'un allongement du temps de réaction face aux situations d'urgence. Le seuil de 0,5 g/L est généralement atteint après la consommation d'environ deux verres de boissons alcoolisées (soit 2 x 10 g d'alcool pur), bien que cela puisse varier en fonction de divers facteurs tels que le sexe, la génétique, le poids et l'état de santé. On estime qu'il faut environ 1h30 au foie pour métaboliser un verre de boisson alcoolisée, fournissant ainsi une indication du temps nécessaire avant de pouvoir reprendre la route en sécurité (Scheen, 2019).

Au-delà de 0,8 à 1,5 g/l, on constate une accentuation des comportements impulsifs, agressifs et des prises de risque, accompagnée d'une dégradation marquée des capacités motrices et cognitives, d'une mauvaise évaluation des dangers, ainsi que de troubles sévères du jugement et de la perception (Ogden *et al.*, 2004). À partir de 2 g/l, les effets deviennent critiques : la personne alcoolisée s'expose à une perte de conscience pouvant aller jusqu'au coma éthylique (Brick, 2006).

La conduite sous influence de l'alcool est associée à de nombreux facteurs de risque.

Parmi ceux-ci, le sexe masculin, la jeunesse, des troubles de la personnalité tels que l'impulsivité ou la recherche de sensations sont des facteurs de risques bien connus. La pression sociale pour boire et conduire après avoir consommé de l'alcool peut également jouer un rôle significatif (particulièrement chez les jeunes) influençant les décisions des individus dans des situations de groupe. De même, une facilité d'accès à des boissons alcoolisées, le manque de disponibilité de transport en commun ou de service de taxi, etc. peut augmenter le risque de prendre la route avec un taux d'alcoolémie supérieur à la limite autorisée (Beck *et al.* 2008).

### LES DONNÉES DE L'INSTITUT VIAS

L'institut Vias présente régulièrement des rapports de mesure nationale représentative de la conduite sous l'influence d'alcool (CSI). Les données les plus récentes datent de 2021 et ont été obtenues à l'aide de tests d'haleine effectués de façon aléatoire sur des conducteur-rices (de voitures et de camionnettes uniquement), en collaboration avec des zones de police locales participant volontairement et les unités de la police fédérale de la route (autoroutes) (Boets *et al.*, 2023). Les contrôles devaient respecter des consignes précises. En effet, les policiers-ères avaient pour instruction de ne pas appliquer de critères de sélection des conducteur-rices et d'en contrôler le plus grand nombre possible afin que l'échantillonnage soit aléatoire et représentatif de l'ensemble des conducteur-rices. Les contrôles ont été effectués sur des routes et durant des plages horaires sélectionnées de manière aléatoire par l'Institut Vias, qui coordonne l'opération. Les unités de police de la route ont, quant à elles, effectué des contrôles aléatoires au niveau d'entrées ou de sorties d'autoroutes.

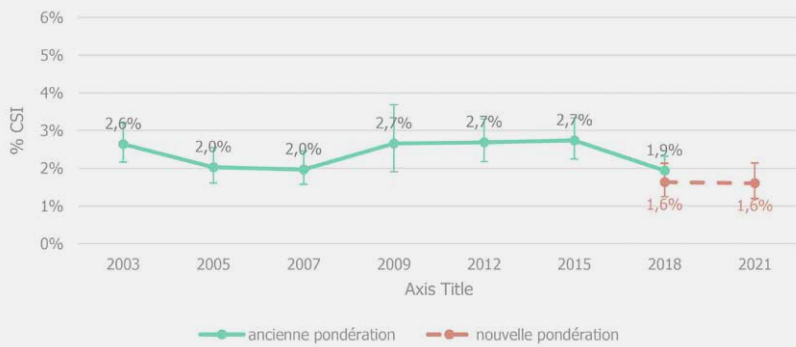
Au total, en 2021, 139 zones locales de police (75 % de l'ensemble des zones locales belges) et 9 unités de police fédérale de la route (100 %) ont participé, et ont contrôlé 9375 conducteur-rices. 527 contrôles d'alcoolémie ont été réalisés (1,9 % en Région de Bruxelles-Capitale, 36,1 % en Région wallonne et 62,0 % en Région flamande). Pour chaque personne testée, la police a rempli un formulaire anonyme reprenant diverses données concernant celle-ci, le résultat du test d'alcoolémie et d'autres informations telles que l'âge, le sexe, la durée du déplacement, etc.

Il est à noter que ce travail de terrain a été réalisé à l'automne 2021 (27/09 au 03/11), en période de pandémie de Covid-19. Ce contexte particulier, marqué par de nombreuses restrictions, a pu avoir un impact sur les résultats. Les restrictions en vigueur au moment de la collecte incluaient le port du masque obligatoire dans l'Horeca et la présentation du Covid Safe Ticket pour les grands événements (plus de 200 personnes à l'intérieur et plus de 400 personnes à l'extérieur ; seuil qui a été relevé le 01/10 à plus de 500 personnes à l'intérieur et plus de 750 personnes à l'extérieur).

Les résultats de l'édition 2021 montrent que le pourcentage de conducteur-rices présentant une alcoolémie supérieure à la limite légale (i.e., une concentration d'alcool dans l'air alvéolaire expiré égale ou supérieure à 0,22 mg/l, ou une concentration sanguine supérieure à 0,5 g/l) s'élevait à 1,9 % en Région wallonne et à 1,6 % au niveau national (Figure 38). Ce taux est resté stable par rapport au précédent relevé national de 2018, mais a augmenté en Wallonie (où il était de 1,4 % en 2018). Il s'agit néanmoins du taux national le plus bas enregistré par Vias depuis la première édition du relevé en 2003, année où il atteignait 2,6 %. Entre 2003 et 2018, cinq relevés ont été réalisés au niveau national, avec des taux oscillant entre 2,0 % et 2,7 %.

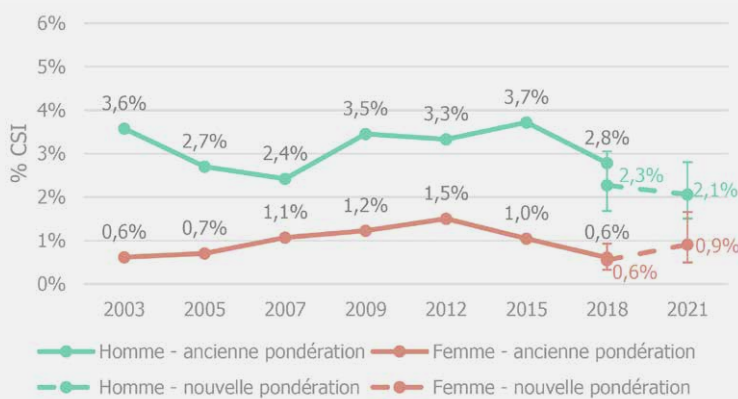
En 2021, au niveau national, le dépassement de la limite légale d'alcoolémie était significativement plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (2,1 % versus 0,9 %). Cette observation a été réalisée au cours de chacune des huit éditions de l'étude (Figure 39) et de façon générale, dans les études internationales. Néanmoins, l'écart s'est un peu resserré en 2021 (diminution chez les hommes et hausse chez les femmes). Concernant l'âge, aucun groupe à risque n'a pu être mis en évidence (pas de différence significative). Les prévalences de conduite sous influence d'alcool étaient assez similaires entre tranches d'âge (0,8 % chez les 18-25 ans, 1,8 % chez les 26-39 ans, 1,7 % chez les 40-54 ans et 1,6 % chez les 55 ans et plus). Enfin, les conducteur-rices conduisaient bien plus souvent sous influence d'alcool la nuit (entre 22h et 6h) que le jour (entre 6h et 22h), que ce soit durant la semaine (prévalence de 1,0 % le jour et de 3,7 % la nuit) ou le week-end

**Figure 38. Évolution de la prévalence globale de conduite sous l'influence de l'alcool (CSI)<sup>111,112</sup> au niveau national**



Source : Institut Vias

**Figure 39. Évolution de la prévalence de la conduite sous l'influence de l'alcool (CSI) en fonction du genre<sup>112</sup> au niveau national**



Source : Institut Vias

(prévalence de 1,1 % le jour et de 7,3 % la nuit) (Boets *et al.*, 2023). À noter que c'est durant les nuit du week-end que la proportion de personnes conduisant sous influence de l'alcool était la plus élevée.

L'institut Vias réalise également annuellement l'enquête baptisée «ENIR» pour «Enquête nationale d'insécurité routière» (Boets *et al.*, 2024). Il s'agit d'une enquête administrée en ligne auprès d'un échantillon de 6 000 citoyen·nes majeur·es résidant en Belgique. En moyenne, entre 2020 et 2023, 9,9 % des répondant·es ont déclaré avoir pris le volant après avoir consommé de l'alcool au moins plusieurs fois par mois au cours des 12 derniers mois. Cette proportion a augmenté chaque année entre 2020 et 2023, passant de 8,6 % à 11,1 %.

111 En 2018, pour la 1<sup>re</sup> fois depuis l'existence de cette mesure, les données ont été pondérées sur base de données officielles relatives au nombre de kilomètres parcourus par type de véhicule, par type de route et par région, afin d'ajuster les résultats en fonction de la densité réelle du trafic sur les routes belges. Cette pondération a en outre pris en compte le moment et la durée du contrôle ainsi que le volume du trafic durant le contrôle. Les données collectées en 2021 ont également été pondérées selon cette même procédure afin de les rendre comparables.

112 Boets S, Wardenier N, De Vos N, Bouwen L. Mesure nationale de comportement «conduite sous l'influence de l'alcool» 2021 – L'alcool au volant en Belgique. Bruxelles : Institut Vias ; 2023.

## LA CAMPAGNE BOB

Lancée en 1995, la campagne BOB vise à sensibiliser les conducteur·rices aux dangers de l'alcool au volant. À l'origine, BOB désigne «la personne qui ne boit pas si elle doit reprendre le volant». Au fil des ans, la campagne a enregistré des résultats de plus en plus encourageants, grâce notamment à une collaboration efficace entre l'Institut Vias et la police.

Lors de la campagne BOB hiver 2024-2025, des chiffres record ont été atteints<sup>113</sup>. Le nombre de conducteur·rices contrôlé·es n'a jamais été aussi élevé, dépassant la barre des 600 000 tests, soit une augmentation de 30 % par rapport à l'année précédente. Par ailleurs, le pourcentage de conducteur·rices positif·ves au test d'alcoolémie n'a jamais été aussi bas : 1,2 % contre 1,6 % en 2023-2024 et 2,8 % lors de la campagne 2013-2014. Ces résultats confirment l'impact positif de la campagne BOB dans la lutte contre l'alcool au volant et l'évolution des comportements des conducteur·rices.

## COMPARAISONS EUROPÉENNES

En lien avec l'objectif «zéro décès» formulé en 2010 par la Commission Européenne en matière de sécurité routière, le projet *Baseline*<sup>114</sup> a été lancé en 2019 afin de produire des indicateurs de sécurité routière, collectés en respectant une série de critères méthodologiques de façon à permettre des comparaisons entre pays européens. Ce projet, coordonné par l'institut Vias, regroupe 18 pays dont la Belgique, la Finlande, l'Allemagne, la Grèce, les Pays-Bas et l'Espagne. Chaque pays participant s'est engagé à fournir des mesures nationales pour au moins un des huit indicateurs développés (vitesse, conduite sous influence de l'alcool, port de la ceinture, etc.). Ces mesures ont ensuite servi de repères pour le projet *Trendline*<sup>115</sup>, lancé fin 2022 dans le prolongement du projet *Baseline*, afin de poursuivre la collecte d'indicateurs de sécurité routière nationaux comparables

113 Institut Vias. Campagne BOB : tous les records battus. Communiqué de presse, 10/02/2025. URL : <https://www.vias.be/fr/newsroom/campagne-bob-tous-les-records-battus/>

114 Institut Vias. Baseline Project. URL : <https://www.baseline.vias.be>

115 Trendline Project. URL : <https://trendlineproject.eu/>



Thaïlande (23,2 %) et le Mexique (20,5 %). Les plus faibles pourcentages sont observés au Kirgызстан (1,2 %), en Arménie (3,4 %), au Japon (3,5 %) et en Pologne (4,2 %). La Belgique se classe 6<sup>e</sup> en ce qui concerne les conducteur-rices de cyclomoteurs/motocyclettes avec 27,5 % (min. : 6,1 % au Japon ; max. : 37,1 % au Kazakhstan), 9<sup>e</sup> pour les conducteur-rices de trottinettes électriques avec 27,9 % (min. : 2,3 % en Serbie ; max. : 51,6 % aux Pays-Bas) et 4<sup>e</sup> pour les cyclistes avec 25,0 % (min. : 0,0 % au Kirgызстан ; max. : 32,0 % aux Pays-Bas). Cependant, lorsque les conducteur-rices de voiture sont interrogé-es sur l'acceptabilité de conduire avec un taux d'alcoolémie supérieur à la limite légale, seulement 3,6 % des répondant-es belges jugent ce comportement acceptable. Par ailleurs, un peu plus de la moitié des Belges se montrent favorables à l'abaissement de la limite légale de taux d'alcoolémie à 0,0 pour les conducteur-rices de véhicules motorisés (59,7 %) et pour les cyclistes (52,6 %).

### 10.2.3 LES ACCIDENTS DE LA CIRCULATION SOUS L'INFLUENCE DE L'ALCOOL

La conduite sous l'influence de l'alcool augmente considérablement le risque d'accident. Selon le dernier rapport de l'OMS sur la sécurité routière (*Global Status Report on Road Safety 2023*), dans les pays à revenu élevé, environ 20 % des conducteur-rices décédé-es suite à un accident avaient un taux d'alcoolémie supérieur à la limite légale. Selon une étude de 2014 réalisée pour la Commission européenne<sup>119</sup>, le pourcentage de personnes décédées sur les routes dans l'Union européenne dans des accidents liés à l'alcool a été estimé entre 20 % et 28 %. De manière générale, le nombre de décès sur les routes (en lien ou non avec l'alcool) a diminué entre 2019 et 2023 dans 19 pays européens participant au programme *ETSC's Road Safety Performance Index (PIN)*<sup>120</sup>. La Pologne et Chypre sont en tête du classement avec une baisse significative de 35 %. La Belgique et le

Danemark suivent avec des réductions de 25 % et 22 %, respectivement.

En Belgique, les accidents de la circulation représentent l'une des principales causes de décès et ce, particulièrement chez les jeunes. Selon les données de l'agence fédérale Statbel pour l'année 2022, les accidents de la route représentaient 17 % de l'ensemble des décès chez les 15-19 ans et 16 % chez les 20-24 ans (Slootmans, 2025). Le risque d'accident augmente de manière exponentielle avec l'augmentation de l'alcoolémie. Ainsi, pour une concentration d'alcool dans le sang (CAS) entre 0,5 et 0,8 g/l, le risque d'accident grave est de 2 à 10 fois plus élevé par rapport à un conducteur sobre. Avec une CAS de 0,8 à 1,2 g/l, ce risque est de 5 à 30 fois plus élevé, et pour une CAS de 1,2 g/l ou plus, le risque d'accident est de 20 à 200 fois plus élevé. Les accidents liés à une consommation d'alcool ont souvent des conséquences plus graves, notamment car les conducteur-rices alcoolisé-es prennent des risques accrus et que les personnes ayant une consommation importante d'alcool présentent généralement un état de santé amoindri (Meesmann *et al.*, 2017).

L'institut VIAS publie annuellement un rapport sur les statistiques d'accidents de la route dans lequel on retrouve des données sur les accidents de la route avec dégâts corporels (c'est-à-dire comptant au moins un blessé ou un tué) en lien avec une consommation d'alcool. D'un point de vue méthodologique, l'implication de l'alcool dans les accidents de la route est

objectivée sur base d'un test d'haleine qui doit être effectué auprès de tou-tous les conducteur-rices impliqué-es dans un accident corporel de roulage. La proportion de personnes sous imprégnation alcoolique impliquées dans un accident de la route est sous-estimée pour deux raisons. Premièrement, les tests d'haleine ne peuvent être effectués ni lorsque le-la conducteur-riche est décédé-e sur place ni lorsqu'il-elle est grièvement blessé-e, car la prise en charge médicale prime dans ces cas. Dans de telles situations, des analyses sanguines sont réalisées pour déterminer la présence éventuelle de substances, mais la police n'est pas informée des résultats. Deuxièmement, bien qu'une directive impose depuis 2006 aux forces de l'ordre de réaliser systématiquement un test d'haleine chez les conducteur-rices impliqué-es dans un accident corporel, ce test n'est pas encore systématiquement effectué chez les conducteur-rices indemnes ou légèrement blessé-es.

Le rapport statistique des accidents de la route 2024 de l'institut Vias met en évidence une tendance générale à la baisse des accidents de la route liés à l'alcool en Belgique au cours de la dernière décennie (Slootmans, 2025). Entre 2015 et 2024, le nombre d'accidents corporels imputables à l'alcool a diminué de 19 %, passant de 4 631 à 3 770 accidents (Tableau 40). Cette dynamique se confirme à plus court terme, avec une diminution de 8 % entre 2023 et 2024. Sur la même période, la proportion de conducteur-rices soumis-es à un test d'alcoolémie à la suite d'un accident

**Tableau 40. Évolution du nombre d'accidents corporels dus à l'alcool, du nombre de conducteur-rices testé-es et de conducteur-rices contrôlé-es positif-ves lors d'accidents avec dommages corporels entre 2015 et 2024 au niveau national**

| Années | Conducteur-rices testé-es | Conducteur-rices testé-es positif-ves | Accidents corporels dus à l'alcool |
|--------|---------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| 2015   | 49 104                    | 4 820                                 | 4 631                              |
| 2016   | 49 489                    | 4 487                                 | 4 314                              |
| 2017   | 47 426                    | 4 365                                 | 4 220                              |
| 2018   | 48 567                    | 4 146                                 | 4 013                              |
| 2019   | 48 115                    | 4 270                                 | 4 131                              |
| 2020   | 36 206                    | 2 975                                 | 2 818                              |
| 2021   | 42 546                    | 3 629                                 | 3 460                              |
| 2022   | 48 022                    | 4 372                                 | 4 109                              |
| 2023   | 47 878                    | 4 174                                 | 4 095                              |
| 2024   | 47 027                    | 3 856                                 | 3 770                              |

Source : Statbel (Direction générale Statistique - Statistics Belgium) (analyse et adaptation : Eurotox)

119 Ecnys. Prevention of drink-driving by the use of alcohol interlock devices. Rotterdam; 18 February 2014. URL : [https://road-safety.transport.ec.europa.eu/news-events/news/study-prevention-drink-driving-use-alcohol-interlock-devices-2014-04-15\\_en](https://road-safety.transport.ec.europa.eu/news-events/news/study-prevention-drink-driving-use-alcohol-interlock-devices-2014-04-15_en)

120 Carson J, Jost G, Meinero M. Ranking EU progress on road safety - 18th Road Safety Performance Index (PIN) Report. June 2024. URL : <https://etsc.eu/18th-annual-road-safety-performance-index-pin-report/>

corporel a augmenté de 10 %, tandis que la proportion de conducteur-rices testé-es positif-ves a reculé de 20 %.

Cette évolution s'inscrit dans un contexte de renforcement des contrôles d'alcoolémie. En effet, la part des conducteur-rices testé-es après un accident corporel est passée de 63 % en 2015 à 69 % en 2024. Parallèlement, la proportion de tests positifs a diminué, atteignant 8 % en 2024 contre 10 % en 2015, suggérant une amélioration du respect de la législation en matière d'alcool au volant. Un point bas historique est toutefois observé en 2020, avec 2 818 accidents corporels liés à l'alcool, une année fortement marquée par la crise du Covid-19 et la réduction importante de la mobilité.

L'analyse détaillée des profils de conducteur-rices en 2024 met en évidence d'importantes disparités selon l'âge et le type d'usager-ère. La proportion de conducteur-rices soumis-es à un test d'alcoolémie est la plus élevée chez les 20-29 ans (78 %) et diminue progressivement avec l'âge, pour atteindre 67 % chez les personnes âgées de 70 ans et plus. En revanche, la part de tests positifs est la plus élevée parmi les conducteur-rices âgé-es de 30-39 ans et de 40-49 ans (10 %), suivie des 20-29 ans (9 %) et des 50-59 ans (8 %).

Concernant le taux moyen d'alcoolémie, les données de 2024 indiquent que les conducteur-rices âgé-es de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans présentent les niveaux moyens les plus élevés, avec un taux de 1,7 ‰, tandis que le taux moyen le plus faible est observé chez les personnes âgées de 65 ans et plus (1,3 ‰). À titre de comparaison, la moyenne nationale tous âges confondus s'élève à 1,6 ‰.

Par ailleurs, l'analyse des données sur une période de dix ans (2015-2024) montre que 2,3 % des conducteur-rices testé-es positif-ves<sup>121</sup> à la suite d'un accident corporel ont été impliqué-es dans au moins deux accidents corporels sur cette période, contre seulement 1 % parmi les conducteur-rices testé-es négatif-ves, ce qui suggère un risque accru de récurrence chez les personnes conduisant sous l'influence de l'alcool.

Enfin, l'intensité des contrôles varie fortement selon le mode de déplacement. Alors que les conducteur-rices de camions impliqué-es dans des accidents corporels sont très majoritairement soumis-es à un test d'alcoolémie (83 % en 2024), les piéton-nes ne le sont que dans 35 % des

<sup>121</sup> Défini comme étant sous l'influence de l'alcool lors d'au moins un accident corporel.

cas. Malgré la baisse globale des accidents liés à l'alcool, ceux-ci constituent toujours un obstacle majeur à l'atteinte des objectifs fixés par les États généraux de la sécurité routière, qui visent une réduction de moitié du nombre de décès sur les routes d'ici 2030.

## LES CHIFFRES DE 2005 À 2021 POUR LA WALLONIE

Entre 2005 et 2009, le pourcentage de conducteur-rices sous influence de l'alcool a légèrement augmenté<sup>122</sup> (Tableau 41). Depuis lors, on observe une tendance à la diminution, stabilisée depuis quelques années. Les années 2020 et (dans une moindre mesure) 2021 ont enregistré une diminution du nombre d'accidents de la route avec dégâts corporels en raison sans doute des restrictions en vigueur pour lutter contre la propagation de la Covid-19 (confinement, couvre-feu, bulle sociale, fermeture de l'Horeca et des établissements de la vie nocturne, etc.). Corollairement, le pourcentage de conducteur-rices testé-es

<sup>122</sup> Le nombre de conducteur-rices sous l'influence de l'alcool comprend à la fois celles et ceux pour lesquelles un test d'haleine a été réalisé, ainsi que les personnes l'ayant expressément refusé-es, ces dernières étant considérées comme positives et sanctionnées de la même manière.

**Tableau 41. Nombres et pourcentages de conducteur-ricesa testé-es et de conducteur-ricesa sous influence de l'alcool dans les accidents de roulage avec dégâts corporels en Wallonie de 2005 à 2021**

|      | Accidents avec dégâts corporels | Conducteur-rices impliqué-es | Conducteur-rices testé-es | Conducteur-rices sous influence d'alcool | % conducteur-rices testé-es | % conducteur-rices testé-es sous influence d'alcool |
|------|---------------------------------|------------------------------|---------------------------|--|-----------------------------|---|
| 2005 | 13 800                          | 23 857                       | 8 585                     | 1 086                                    | 36,0                        | 12,6  |
| 2006 | 13 637                          | 23 594                       | 10 038                    | 1 237                                    | 42,5                        | 12,3  |
| 2007 | 13 746                          | 23 949                       | 10 439                    | 1 276                                    | 43,6                        | 12,2  |
| 2008 | 13 452                          | 23 471                       | 12 016                    | 1 637                                    | 51,2                        | 13,6  |
| 2009 | 13 658                          | 23 751                       | 12 875                    | 1 841                                    | 54,2                        | 14,3  |
| 2010 | 12 991                          | 22 813                       | 12 802                    | 1 799                                    | 56,1                        | 14,1  |
| 2011 | 13 388                          | 23 626                       | 12 992                    | 1 786                                    | 55,0                        | 13,7  |
| 2012 | 12 299                          | 21 766                       | 11 793                    | 1 616                                    | 54,2                        | 13,7  |
| 2013 | 11 589                          | 20 439                       | 11 736                    | 1 533                                    | 57,4                        | 13,1  |
| 2014 | 11 721                          | 21 130                       | 13 362                    | 1 824                                    | 63,2                        | 13,7  |
| 2015 | 11 465                          | 20 654                       | 13 551                    | 1 833                                    | 65,6                        | 13,5  |
| 2016 | 11 248                          | 20 601                       | 13 471                    | 1 684                                    | 65,4                        | 12,5  |
| 2017 | 10 940                          | 19 945                       | 13 105                    | 1 757                                    | 65,7                        | 13,4  |
| 2018 | 10 909                          | 20 194                       | 13 435                    | 1 640                                    | 66,5                        | 12,2  |
| 2019 | 10 713                          | 19 814                       | 13 198                    | 1 784                                    | 66,6                        | 13,5  |
| 2020 | 8 364                           | 15 144                       | 11 515                    | 1 132                                    | 76,0                        | 9,8   |
| 2021 | 9 893                           | 17 970                       | 14 198                    | 1 372                                    | 79,0                        | 9,7   |

a Piéton-nes, cyclistes, cyclomotoristes, motocyclistes, et conducteur-rices de voitures, de camionnettes, de poids lourds, et d'autobus/autocars.  
Sources : Nuyttens, 2021 (d'après SPF Economie DG Statistique) et statbel.fgov.be (analyse et adaptation : Eurotox)

sous influence de l'alcool a diminué ces deux dernières années. La proportion de conducteur-rices testé-es a en revanche augmenté.

Le détail selon le type de «véhicule» est présenté dans le **tableau 42** pour l'année 2021. On constate que les conducteur-rices de voitures sont ceux et celles qui sont les

plus fréquemment impliqué-es dans les accidents corporels de la circulation (66,7 % ; ceci s'explique évidemment par la grande présence de voitures sur les routes). Ils-elles sont majoritairement testé-es (84,7 %) et environ 11,2 % de ces automobilistes testé-es se sont avéré-es être sous l'influence de l'alcool. Les conducteur-rices professionnel-les sont très rarement testé-es

positif-ives à l'alcool après des accidents avec dégâts corporels. Une petite proportion de piéton-nes (6,1 %), cyclistes (2,9 %) ou encore cyclo/motocyclistes (8,7 % et 4,9 %) s'est avérée positive.

Enfin, le **tableau 43** montre que le nombre d'accidents corporels impliquant au moins un-e conducteur-ric(e) sous l'influence de l'alcool oscille en dents de scie. Les blessures occasionnées sont dans la plupart des cas légères mais des blessé-es graves et des décès sont également enregistrés. Chaque année, un peu plus de 2000 victimes d'accidents de la route impliquant l'alcool sont à déplorer en Wallonie, dont une centaine de blessé-es graves et une vingtaine de décès. Les années 2020 et 2021 ont bénéficié d'une réduction importante de la morbidité et de la mortalité liées aux accidents de la circulation pour les raisons évoquées plus haut.

**Tableau 42. Nombres et pourcentages de conducteur-rices<sup>a</sup> testé-es et de conducteur-rices<sup>a</sup> sous influence de l'alcool dans les accidents de roulage avec dégâts corporels en Wallonie en 2021, par type de «véhicule»**

|                  | Conducteur-rices impliqués | Conducteur-rices testés | Conducteur-rices sous influence d'alcool | % conducteur-rices testés | % conducteur-rices testés sous influence d'alcool |
|------------------|----------------------------|-------------------------|--|---------------------------|---|
| Piéton-nes       | 1 226                      | 394                     | 24                                       | 32,1                      | 6,1   |
| Cyclistes        | 986                        | 658                     | 19                                       | 66,7                      | 2,9   |
| Cyclomotoristes  | 728                        | 606                     | 53                                       | 83,2                      | 8,7   |
| Motocyclistes    | 885                        | 775                     | 46                                       | 87,6                      | 5,9   |
| Voitures         | 11 979                     | 10 147                  | 1 137                                    | 84,7                      | 11,2  |
| Camionnettes     | 844                        | 728                     | 66                                       | 86,3                      | 9,1   |
| Poids-lourds     | 493                        | 456                     | 5  | 92,5                      | 1,1   |
| Autobus/autocars | 169                        | 157                     | 0  | 92,9                      | 0,0   |
| Autre            | 145                        | 120                     | 8  | 82,8                      | 6,7   |
| Inconnu          | 515                        | 157                     | 14                                       | 30,5                      | 8,9   |
| <b>Total</b>     | <b>17 970</b>              | <b>14 198</b>           | <b>14 198</b>                            | <b>79,0</b>               | <b>9,7</b>  |

a Piéton-nes, cyclistes, cyclomotoristes, motocyclistes, et conducteur-rices de voitures, de camionnettes, de poids lourds, et d'autobus/autocars.

Source : Nuyttens, 2021 (d'après SPF Economie DG Statistique) (analyse et adaptation : Eurotox)

**Tableau 43. Nombre d'accidents corporels impliquant au moins un-e conducteur-ric(e) sous influence de l'alcool et nombre de victimes en Wallonie de 2005 à 2021**

|      | Nombre d'accidents corporels | Victimes |                      |                  |                             |
|------|------------------------------|----------|----------------------|------------------|-----------------------------|
|      |                              | Total    | Blessé-es léger-ères | Blessé-es graves | Décédé-es dans les 30 jours |
| 2005 | 1 059                        | 1 536    | 1 360                | 150              | 26                          |
| 2006 | 1 206                        | 1 698    | 1 551                | 122              | 25                          |
| 2007 | 1 247                        | 1 806    | 1 634                | 145              | 27                          |
| 2008 | 1 595                        | 2 260    | 2 046                | 184              | 30                          |
| 2009 | 1 807                        | 2 509    | 2 284                | 210              | 15                          |
| 2010 | 1 757                        | 2 484    | 2 285                | 178              | 21                          |
| 2011 | 1 756                        | 2 434    | 2 227                | 185              | 22                          |
| 2012 | 1 583                        | 2 161    | 2 022                | 119              | 20                          |
| 2013 | 1 508                        | 2 105    | 1 975                | 114              | 16                          |
| 2014 | 1 766                        | 2 474    | 2 333                | 120              | 21                          |
| 2015 | 1 766                        | 2 406    | 2 279                | 110              | 17                          |
| 2016 | 1 622                        | 2 270    | 2 153                | 97               | 20                          |
| 2017 | 1 684                        | 2 370    | 2 203                | 139              | 28                          |
| 2018 | 1 588                        | 2 177    | 2 078                | 81               | 18                          |
| 2019 | 1 731                        | 2 363    | 2 222                | 119              | 22                          |
| 2020 | 1 106                        | 1 462    | 1 374                | 75               | 13                          |
| 2021 | 1 353                        | 1 743    | 1 659                | 79               | 5                           |

Source : Nuyttens, 2021 (d'après SPF Economie DG Statistique) (analyse et adaptation : Eurotox)

## LES INTOXICATIONS LIÉES À L'ALCOOL

En Belgique, il n'existe actuellement aucun système de surveillance des intoxications liées à la consommation d'alcool. Bien qu'un système d'enregistrement ait été instauré en 2014 dans les services d'urgences (UREG) pour surveiller en temps réel les problématiques traitées, celui-ci repose sur le Résumé Hospitalier Minimum (RHM). En conséquence, il ne comporte pas de modules spécifiques pour rapporter les prises en charge des intoxications dues aux drogues légales et illégales.

Les hôpitaux belges non psychiatriques sont tenus de participer à l'enregistrement du RHM. Ce registre compile une série de données administratives, médicales et infirmières concernant les soins prodigués. L'objectif de ce registre est de fournir une base de données complète et standardisée qui guide la politique de santé publique, en permettant une analyse approfondie et éclairée des pratiques et de l'efficacité des soins dans les établissements hospitaliers. Grâce à ces informations, les décideurs peuvent optimiser la gestion des ressources, améliorer la qualité des soins et adapter les stratégies de santé aux besoins réels des patient-es.

### 10.3.1 LES NOUVEAU-NÉ-ES

La consommation d'alcool pendant la grossesse peut entraîner des conséquences graves sur le développement fœtal, notamment des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF). La forme la plus sévère, le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), est associée à des anomalies physiques, des déficits cognitifs et des problèmes de croissance. L'alcool traverse facilement la barrière placentaire, exposant ainsi le fœtus à des niveaux élevés qui peuvent endommager les cellules du cerveau en développement. De plus, la consommation d'alcool pendant la grossesse augmente le risque de complications telles que la fausse couche, la mortinaissance et l'accouchement prématuré. En raison de ces risques avérés, l'OMS recommande

vivement l'abstinence totale d'alcool pendant la grossesse.

En Belgique, grâce au Résumé Hospitalier Minimum (RHM), il est possible de déterminer le nombre de nouveau-nés de moins de 28 jours admis en service de néonatalogie en raison d'une exposition à l'alcool, à une ou plusieurs drogues, ou à des médicaments psychotropes pendant la grossesse et/ou l'allaitement maternel. Le classement régional de ces cas est effectué selon le code postal des parents des nouveau-nés. Depuis 2016, les données sont encodées selon les critères diagnostiques de l'ICD-10, remplaçant ainsi l'ICD-9, ce qui a pour inconvénient de compliquer les comparaisons avec les données antérieures. Selon ce registre pour les données de 2016 à 2021 incluses, entre 6 et 17 nouveau-nés ont été pris-es en charge chaque année pour une exposition à l'alcool en Wallonie (Régný *et al.*, 2023).

### 10.3.2 LA POPULATION ÂGÉE DE 12 ANS ET PLUS

L'intoxication alcoolique dans la population belge âgée de 12 ans et plus est estimée de façon indirecte par l'Agence Intermutualiste (AIM), en se basant sur des données de facturation des soins de santé des bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire, couvrant environ 99 % de la population. L'AIM utilise un indicateur basé sur le nombre de bénéficiaires pris-es en charge par un service d'urgences au cours de l'année civile, et éventuellement ayant été admis à l'hôpital, ou ayant été admis pour une nuit à l'hôpital sans prise en charge par le service d'urgence, chez lesquels une prestation déterminant la concentration d'alcool dans le sang (CAS) a été enregistrée.

Cet indicateur ne constitue pas une estimation directe de l'intoxication alcoolique en raison de certains faux positifs (personnes incluses à tort) et faux négatifs (personnes exclues à tort) :

- Les personnes intoxiquées par l'alcool non prises en charge par les services hospitaliers (faux négatifs) ;
- Les personnes intoxiquées par l'alcool effectivement prises en charge mais dont la CAS n'a pas été établie (faux négatifs) ;
- Les personnes prises en charge et ayant été soumises à un test d'alcoolémie dont le résultat s'est avéré négatif, car le critère d'inclusion est le fait d'y avoir été soumis,

l'Agence intermutualiste n'ayant pas accès aux résultats des tests (faux positifs)<sup>123</sup>.

De plus, la définition précise de l'intoxication alcoolique à laquelle se réfère cet indicateur n'est pas spécifiée. S'agit-il d'ivresse simple ou de coma éthylique ? Il semble que les deux situations soient incluses, étant donné que l'ivresse peut mener à des comportements à risque et à des accidents, entraînant une prise en charge aux services d'urgence.

Le nombre de bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire (par tranche de 10 000 bénéficiaires) ayant supposément présenté une intoxication alcoolique a légèrement augmenté entre 2010 et 2013, puis s'est stabilisé jusqu'en 2019 (Tableau 44). Sans surprise, l'année 2020 a enregistré une diminution des intoxications présumées, en raison des restrictions mises en place pour freiner la propagation de la Covid-19 (confinement, couvre-feu, limitation des contacts sociaux, fermeture de l'Horeca et des lieux de vie nocturne, annulation des activités étudiantes, etc.), ce qui a contribué à une baisse des épisodes d'hyperalcoolisation. En 2021, le nombre d'intoxications supposées a de nouveau augmenté par rapport à l'année précédente, tout en restant inférieur aux niveaux observés avant la pandémie.

Globalement, les femmes sont moins touchées par les épisodes d'intoxications alcooliques. Le tableau 44 montre que le nombre d'intoxications alcooliques supposées reste relativement stable au fil du temps pour chaque genre. Cependant, en examinant les différences de genre parmi les tranches d'âge les plus jeunes, on remarque que ces différences s'atténuent chez les moins de 18 ans. En effet, les jeunes filles semblent même être un peu plus concernées que les jeunes garçons ces dernières années, alors que les hommes restent beaucoup plus exposés que les femmes dans la tranche des 18-29 ans. Ces chiffres corroborent les observations d'une féminisation des comportements

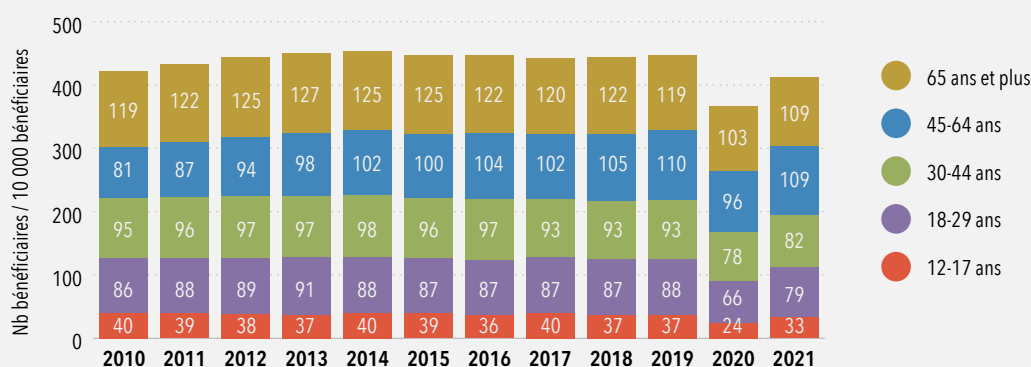
<sup>123</sup> On sait par exemple, qu'en cas d'accidents de la route avec dégâts corporels, un test d'alcoolémie doit légalement être réalisé auprès des conducteur-rices impliqués-es. En cas d'accidents légers, il est généralement réalisé par les services de police, mais en cas d'accidents graves, il est réalisé par les services d'urgence ou hospitaliers. Or tout-tes les accidenté-es de la route ne sont bien entendu pas sous imprégnation alcoolique.

**Tableau 44. Nombre d'intoxications alcooliques supposées par 10 000 bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire en Wallonie de 2010 à 2021, en fonction du genre**

|               | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| <b>Hommes</b> | 116  | 119  | 121  | 122  | 121  | 120  | 119  | 117  | 118  | 118  | 99   | 108  |
| <b>Femmes</b> | 73   | 75   | 79   | 81   | 82   | 81   | 81   | 80   | 82   | 83   | 69   | 77   |
| <b>Total</b>  | 189  | 194  | 200  | 203  | 203  | 201  | 200  | 197  | 200  | 201  | 168  | 185  |

Source : Agence Intermutualiste (analyse et adaptation : Eurotox)

**Figure 40. Nombre d'intoxications alcooliques supposées par 10 000 bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire en Wallonie de 2010 à 2021, par tranches d'âge**



Source : Agence Intermutualiste (analyse et adaptation : Eurotox)

d'alcoolisation chez les jeunes, y compris chez les mineur-es (cf. section 7).

Comme le montre la **figure 40**, le nombre de bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire (par tranche de 10 000 bénéficiaires) ayant supposément présenté une intoxication alcoolique augmente considérablement avec l'âge. Ainsi, les jeunes de moins de 18 ans ne sont pas les plus exposés à ce risque. Il est important de noter que les cas chez les adultes sont probablement surestimés en raison de l'application systématique, en théorie, de tests d'alcoolémie lors d'accidents de la route avec dégâts corporels. Au sein de chaque tranche d'âge, le nombre de cas varie légèrement de manière irrégulière au fil du temps. Il n'y a pas d'augmentation spectaculaire des cas chez les mineur-es, bien que leur nombre reste notable. En revanche, une lente et progressive hausse des cas est observée chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

En résumé, les données publiées par l'Agence Intermutualiste, bien qu'informatives et utiles pour comprendre les conséquences aiguës de la consommation d'alcool, doivent être interprétées avec prudence en raison du manque de sensibilité et de spécificité de

l'indicateur. Il serait pertinent de mesurer ces paramètres pour ajuster les estimations, par exemple en menant une enquête auprès d'un échantillon de services d'urgence afin de mieux comprendre leur pratique des tests d'alcoolémie. Par ailleurs, la crise sanitaire a démontré, de manière prévisible, que la réduction des activités festives entraîne une baisse des intoxications alcooliques.

## 10.4

### LES DEMANDES DE TRAITEMENTS POUR USAGE PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL

Selon un récent rapport de l'OMS se basant sur des données de 2019, la dépendance à l'alcool toucherait environ 5,9 % de la population adulte (OMS, 2024). Cette prévalence est plus élevée que les estimations précédentes de 5 % pour les hommes et 1 % pour les femmes au niveau européen (Anderson & Baumberg, 2006). Par ailleurs, l'OMS souligne que la

consommation annuelle moyenne d'alcool en Europe s'élève à 9,2 litres d'alcool pur par adulte, faisant des Européens les plus grands consommateurs d'alcool au monde. Les hommes consomment en moyenne 14,9 litres d'alcool pur par an, soit près de quatre fois plus que les femmes, dont la consommation moyenne est estimée à 4 litres par an (OMS, 2024).

Toutes les personnes présentant un trouble lié à la consommation d'alcool ou d'une autre substance psychoactive ne recherchent pas forcément de l'aide, la demande de soin étant influencée par différents facteurs individuels et sociaux tels que le déni, la crainte d'être stigmatisé-e, la peur du changement ou encore un accès limité aux services de soins. Généralement le délai entre le moment où les difficultés liées à un usage problématique apparaissent et le moment où l'individu fait appel à des services de soins est relativement important (voir par exemple, Bruffaerts, Bonnewyn & Demyttenaere, 2007) d'où la nécessité d'améliorer la détection et l'intervention précoce dans les pratiques de première ligne, afin d'intervenir avant que les problématiques ne se chronicisent et n'impactent lourdement la personne sur le plan biopsychosocial. Certain-es usager-ères développeront quant à eux-elles un usage

problématique qui se résorbera sans recours à une aide professionnelle : on parle alors de rémission spontanée.

### 10.4.1 L'INDICATEUR

L'indicateur de demande de traitement (appelé TDI pour *Treatment demand indicator*) lié à l'usage de drogues est l'un des cinq indicateurs épidémiologiques clés récoltés dans les pays de l'Union Européenne de manière à ce que l'Agence européenne des drogues (EUDA - *European Union Drugs Agency*<sup>124</sup>) puisse évaluer la problématique de l'usage de drogues et des assuétudes en Europe. Il est enregistré dans les 28 pays de l'Union Européenne ainsi qu'en Norvège et en Turquie. En Belgique, il est coordonné par Sciensano<sup>125</sup>. Il consiste en un enregistrement annuel des demandes de traitement introduites auprès des services d'aide et de soins pour un trouble lié à l'usage d'une ou plusieurs substances illégales<sup>126</sup>. Il vise à fournir une estimation annuelle du nombre et à dresser le profil des personnes ayant fait une telle demande de soin. En Belgique, les demandes de traitement liées à une consommation problématique d'alcool sont également enregistrées, chaque pays ayant la possibilité d'apporter certains aménagements au protocole standardisé. Le TDI n'est toutefois pas une estimation de la prévalence annuelle des demandes de traitement, c'est-à-dire de l'ensemble des patient-es en demande de traitement sur une année civile, car le protocole ne prévoit que l'enregistrement des nouvelles demandes de traitement introduites sur une année civile (et non de l'ensemble des traitements en cours). La participation au TDI se fait sur base volontaire : les patient-es doivent être informés sur les modalités et finalités de ce protocole, et ils ont le droit de refuser d'y participer. Les données

124 Anciennement EMCDDA

125 Voir : Sciensano. BTDIR - Registre belge de l'indicateur de la demande de traitement. URL : <https://www.sciensano.be/fr/projets/registre-belge-de-lindicateur-de-la-demande-de-traitement>

126 Les traitements des maladies (hépatite alcoolique ou virale, abcès, HIV, etc.) associées à cet usage sont exclus de l'enregistrement. En outre, une seule demande annuelle doit être comptabilisée par patient-e. En Belgique, les demandes multiples sont filtrées sur base du numéro de registre national des patient-es. Néanmoins, l'utilisation de ce numéro n'est pas obligatoire et il n'est donc pas systématiquement utilisé. Actuellement, les demandes annuelles multiples ne peuvent donc pas être parfaitement filtrées.

collectées sont basées sur les déclarations du-de la patient-e et peuvent être sujettes à l'imprécision en raison de biais cognitifs (difficultés mnésiques, désirabilité sociale, déni ...). Enfin, le TDI ne fournit aucune information sur les suites données à la demande (e.g. type de traitement proposé et approche thérapeutique, adhésion et rétention en traitement, impact sur la problématique de consommation et le bien-être du-de la patient-e).

Les centres ayant une convention avec l'INAMI, les hôpitaux (généralistes et psychiatriques), ainsi que les services agréés auprès de la Région wallonne sont dans l'obligation formelle de participer à la récolte de cet indicateur. En Région bruxelloise, même si l'actuel décret ambulatoire COCOF n'exige pas formellement d'y participer, une grande partie des centres y contribuent effectivement, à l'instar de centres ayant un autre type de financement. En revanche, les traitements dispensés en cabinet privé (y compris les traitements de substitution aux opiacés) ainsi qu'en milieu pénitentiaire ne sont actuellement pas enregistrés, ni d'ailleurs ceux dispensés en maison médicale ou dans un service de santé mentale non spécialisé en assuétudes, à quelques rares exceptions près. Les nouveaux traitements de substitution aux opiacés initiés dans les hôpitaux et dans les services spécialisés en assuétudes sont en revanche inclus dans le TDI.

### 10.4.2 LA SITUATION EN 2024

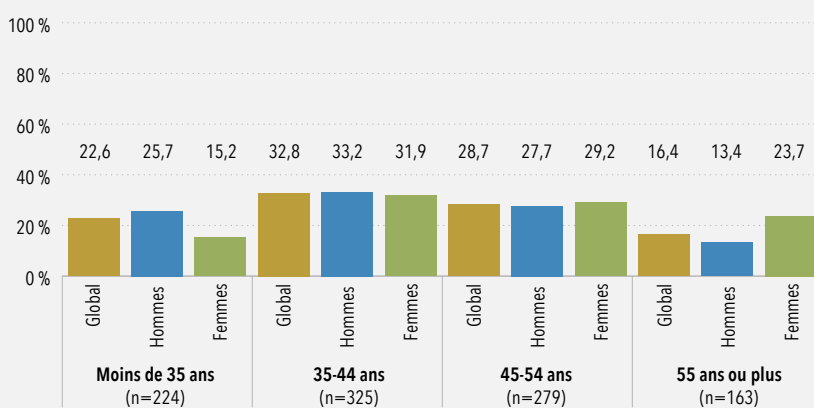
Au total, 2 603 patient-es ont introduit une demande de traitement dans les services spécialisés en assuétudes de Wallonie en 2024. Parmi ceux-celles-ci, 38,4 % concernait l'alcool comme produit principal<sup>127</sup>. La majorité des demandes ont été enregistrées dans des centres ambulatoires (83,9 %), suivies des centres résidentiels (14,4 %) et des centres bas seuil (1,7 %).

Plus de la majorité (62,0 %) des personnes en demande de traitement pour un usage problématique d'alcool avaient entre 35 et 54 ans (Figure 41). Dans cette tranche d'âge, les différences de genre étaient faibles. En revanche, chez les moins de 35 ans, les hommes étaient plus représentés (25,7 % contre 15,2 %), tandis que chez les 55 ans et plus, la tendance s'inversait (23,7 % de femmes contre 13,4 % d'hommes).

La majorité des patient-es ayant introduit une demande de traitement en 2024 dans les services hospitaliers de Wallonie (n=3 077) ont mentionné un usage problématique d'alcool en produit principal (70,4 %), une proportion plus élevée que celle observée dans les services spécialisés (37,8 %) (Tableau 45).

127 Le produit principal est défini comme étant celui qui pose le plus de problèmes au-de la patient-e lors de l'introduction de la demande de traitement.

**Figure 41. Proportions de personnes ayant introduit une demande de traitement pour usage problématique dans les services spécialisés en assuétudes de Wallonie en 2024, globalement et en fonction du genre et de l'âge (n=999)**



Source : Sciensano (analyse et adaptation : Eurotox)

**Tableau 45. Profil des patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou d'autres drogues dans les centres spécialisés et les hôpitaux de Wallonie, 2024**

|                                     | Services spécialisés |  | Services hospitaliers |                             |  | Services spécialisés |  | Services hospitaliers |                             |
|-------------------------------------|----------------------|--|-----------------------|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|-----------------------------|
|                                     | Alcool (n=958)       | Tous les produits <sup>128</sup> (n=2 533) | Alcool (n=2 167)      | Tous les produits (n=3 077) |  | Alcool (n=958)       | Tous les produits <sup>128</sup> (n=2 533) | Alcool (n=2 167)      | Tous les produits (n=3 077) |
| <b>Répartition par province (%)</b> |                      |  |                       |                             | <b>Diplôme (%)</b>                                     |                      |  |                       |                             |
| Brabant wallon                      | 1,4                  | 1,3  | 8,9                   | 8,0                         | Non scolarisé  | 1,5                  | 2,7  | 2,9                   | 3,2                         |
| Hainaut                             | 25,6                 | 34,1                                       | 30,2                  | 28,9                        | Primaire   | 22,1                 | 29,2                                       | 15,8                  | 18,0                        |
| Liège                               | 19,7                 | 27,6                                       | 41,6                  | 40,6                        | Secondaire   | 50,5                 | 49,9                                       | 52,8                  | 53,9                        |
| Luxembourg                          | 26,6                 | 15,3                                       | 5,5                   | 4,7                         | Supérieur  | 25,2                 | 17,1                                       | 26,6                  | 23,0                        |
| Namur                               | 26,8                 | 21,7                                       | 13,8                  | 17,7                        | Autre  | 0,6                  | 1,2  | 1,9                   | 1,9                         |
| <b>Âge</b>                          |                      |  |                       |                             | NR (n)   | 181                  | 449  | 217                   | 277                         |
| Moyen                               | 43,6                 | 39,3                                       | 46,8                  | 44,0                        | <b>Antécédents de traitement (%)</b>                   |                      |  |                       |                             |
| Médian                              | 43                   | 39   | 47                    | 44                          | Oui  | 49,6                 | 53,8                                       | 56,2                  | 57,8                        |
| NR (n)                              | 8                    | 25   | 7                     | 8                           | Non  | 50,4                 | 46,2                                       | 43,8                  | 42,2                        |
| <b>Genre (%)</b>                    |                      |  |                       |                             | NR (n)   | 285                  | 459  | 53                    | 80                          |
| Hommes                              | 69,6                 | 73,9                                       | 63,7                  | 63,3                        | <b>Origine de la demande (%)</b>                       |                      |  |                       |                             |
| Femmes                              | 30,4                 | 26,1                                       | 36,3                  | 36,7                        | La personne elle-même                                  | 26,5                 | 38,2                                       | 69,0                  | 68,3                        |
| NR (n)                              | 0                    | 3  | 7                     | 8                           | Proche(s)  | 13,0                 | 13,4                                       | 7,7                   | 8,2                         |
| <b>Logement (%)</b>                 |                      |  |                       |                             | Professionnel-le(s) (social-santé)                     | 43,2                 | 31,0                                       | 19,7                  | 19,5                        |
| Domicile fixe                       | 79,2                 | 73,7                                       | 88,6                  | 87,5                        | Justice  | 14,1                 | 14,6                                       | 1,5                   | 2,1                         |
| Logements variables                 | 3,6                  | 4,4  | 3,7                   | 3,8                         | Autre  | 3,1                  | 2,8  | 2,1                   | 1,9                         |
| Rue                                 | 1,9                  | 7,4  | 2,9                   | 3,9                         | NR (n)   | 129                  | 238  | 24                    | 37                          |
| Institution                         | 10,6                 | 7,2  | 3,5                   | 3,6                         | <b>Âge de la 1<sup>re</sup> consommation</b>           |                      |  |                       |                             |
| Prison                              | 4,6                  | 6,8  | 0,3                   | 0,3                         | Âge moyen  | 19,0                 | 21,2                                       | 20,1                  | 20,9                        |
| Autre                               | 0,1                  | 0,4  | 1,0                   | 0,9                         | Âge médian   | 16                   | 18   | 16                    | 17                          |
| NR (n)                              | 260                  | 416  | 29                    | 34                          | NR (n)   | 318                  | 648  | 336                   | 620                         |
| <b>Situation de vie (%)</b>         |                      |  |                       |                             | <b>Comportement d'injection au cours de la vie (%)</b> |                      |  |                       |                             |
| Seul-e                              | 43,6                 | 44,1                                       | 48,9                  | 47,3                        | Non  | 96,4                 | 90,6                                       | 97,8                  | 95,9                        |
| En couple                           | 34,8                 | 29,7                                       | 28,8                  | 26,8                        | Oui  | 3,6                  | 9,4  | 2,2                   | 4,1                         |
| Avec de la famille                  | 15,9                 | 21,6                                       | 16,4                  | 19,1                        | NR (n)   | 245                  | 481  | 82                    | 140                         |
| Avec des tiers                      | 4,0                  | 3,6  | 5,0                   | 5,6                         | <b>Polyconsommation (%)</b>                            |                      |  |                       |                             |
| Autre                               | 1,6                  | 1,0  | 0,8                   | 1,2                         | Non  | 71,6                 | 56,0                                       | 80,1                  | 67,6                        |
| NR (n)                              | 59                   | 127  | 40                    | 48                          | Oui  | 28,4                 | 44,0                                       | 19,9                  | 32,4                        |
| <b>Revenus (%)</b>                  |                      |  |                       |                             | NR (n)   | 0                    | 0  | 0                     | 0                           |
| Revenus de travail                  | 24,7                 | 20,7                                       | 18,1                  | 15,9                        | <b>Substances secondaires</b>                          |                      |  |                       |                             |
| Allocations de chômage              | 12,4                 | 12,6                                       | 10,0                  | 10,2                        | Opiacés  | 2,8                  | 6,4  | 1,3                   | 3,4                         |
| Bourse d'études                     | 0,0                  | 0,0  | 0,0                   | 0,0                         | Cocaïne  | 12,3                 | 16,3                                       | 9,0                   | 12,2                        |
| Indemnité maladie ou invalidité     | 36,8                 | 30,7                                       | 50,2                  | 51,1                        | Stimulants   | 1,7                  | 2,9  | 1,2                   | 2,7                         |
| Revenus minimum ou aide du CPAS     | 13,0                 | 19,1                                       | 8,3                   | 9,8                         | Hypnotiques  | 3,2                  | 4,0  | 4,2                   | 7,2                         |
| Allocations familiales              | 0,2                  | 0,4  | 0,1                   | 0,2                         | Kétamine   | 0,3                  | 1,5  | 0,8                   | 1,9                         |
| Pension de retraite ou de survie    | 5,2                  | 2,5  | 8,7                   | 6,7                         | Volatils   | 0,0                  | 0,0  | 0,1                   | 0,3                         |
| Aucun revenu propre                 | 7,4                  | 13,5                                       | 3,3                   | 4,9                         | Cannabis   | 15,0                 | 17,2                                       | 11,8                  | 16,6                        |
| Autre                               | 0,3                  | 0,6  | 1,3                   | 1,1                         | Alcool   | 0,0                  | 15,1                                       | 0,0                   | 10,8                        |
| NR (n)                              | 52                   | 145  | 123                   | 155                         | Source : Sciensano (analyse et adaptation : Eurotox)   |                      |  |                       |                             |

.....  
 128 Inclus l'alcool, les opiacés (héroïne, méthadone, buprénorphine, fentanyl, autres), la cocaïne (poudre, crack, autres), les autres stimulants que la cocaïne (amphétamine, méthamphétamine, MDMA ou dérivés, méphédrone, autres), les hypnotiques ou sédatifs (barbiturique, benzodiazépine, GHB/GBL, autres), les hallucinogènes (LSD, kétamine, autres), les inhalants volatils, le cannabis (herbe, résine, autres) et les autres produits.

## PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Les patient-es en demande de traitement pour un usage problématique d'alcool pris en charge dans des services hospitaliers provenaient majoritairement de la province de Liège (41,6 %) et du Hainaut (30,2 %), et dans une moindre mesure de Namur (13,8 %), du Brabant wallon (8,9 %) et du Luxembourg (5,5 %) (Tableau 45). Ces disparités s'expliquent notamment par la taille et la densité de population des provinces. La répartition des prises en charge dans les services spécialisés était plus équilibrée entre provinces : 26,8 % en province de Namur, 26,6 % au Luxembourg, 25,6 % dans le Hainaut, 19,7 % à Liège et 1,4 % dans le Brabant wallon. Ces proportions peuvent en partie s'expliquer par la disponibilité des services spécialisés dans les provinces. Les personnes admises en milieu hospitalier étaient légèrement plus âgées (47 ans en moyenne) que celles prises en charge dans les services spécialisés (43 ans). Les femmes y sont également un peu plus représentées (36,3 % versus 30,4 %). Cette différence de genre peut en partie s'expliquer par le fait que les services spécialisés sont en général fortement « masculinisés » et moins adaptés aux spécificités féminines, mais aussi parce que les prises en charge en milieu hospitalier sont plus discrètes et moins stigmatisantes, des caractéristiques qui facilitent les démarches pour les femmes. Les patient-es pris-es en charge dans les hôpitaux pour usage problématique d'alcool présentent de manière un peu moins fréquente des vulnérabilités socioéconomiques. En effet, la proportion de personnes disposant d'un domicile fixe est plus élevée en milieu hospitalier (88,6 % contre 79,2 %) et celle de personnes sans revenus propres y est plus faible (3,3 % contre 7,4 %).

## PROFIL DE TRAITEMENT

Parmi les patient-es pris-es en charge en milieu hospitalier pour un usage problématique d'alcool, la moitié (50,4 %) débutait un traitement pour la première fois, contre 43,8 % dans les services spécialisés (Tableau 45). Plus des deux tiers des patient-es en milieu hospitalier (69,0 %) avaient introduit une demande de traitement de leur propre initiative, contre 26,5 % dans les services spécialisés. Dans ces derniers, la majorité (43,2 %) avait été orientée par un-e professionnel-le de santé ou du secteur social (contre 19,7 % en milieu

hospitalier). L'orientation par un-e proche ainsi que les renvois judiciaires étaient également plus fréquents dans les services spécialisés (13,0 % contre 7,7 % et 14,1 % contre 1,5 %, respectivement).

## PROFIL DE CONSOMMATION

L'âge moyen du premier usage d'alcool était de 19,0 ans chez les patient-es des services spécialisés et de 20,1 ans en milieu hospitalier (Tableau 45). Concernant l'usage d'autres substances, 3,6 % des patient-es des services spécialisés avaient déclaré avoir déjà eu recours à l'injection de drogues, contre 2,2 % en milieu hospitalier. La polyconsommation problématique était nettement plus fréquente dans les services spécialisés, où elle concernait près d'un-e patient-e sur trois (28,4 %), contre deux sur dix (19,9 %) en milieu hospitalier. En milieu hospitalier, elle impliquait principalement le cannabis (11,8 %), suivi de la cocaïne (9,0 %), des hypnotiques (4,2 %), des opiacés (1,3 %), des stimulants (1,2 %) et de la kétamine (0,8 %). Dans les services spécialisés, elle concernait surtout le cannabis (15,0 %), puis la cocaïne (12,3 %), les hypnotiques (3,2 %), les opiacés (2,8 %), les stimulants (1,7 %), et enfin la kétamine (0,3 %).

### 10.4.3 TENDANCE ET ÉVOLUTION

Entre 2014 et 2024, l'alcool était de loin la substance principale la plus fréquemment mentionnée, représentant en moyenne 34,0 % des demandes de traitement dans les services spécialisés de Wallonie

(Figure 42). La proportion de patient-es concerné-es est passée de 28,6 % en 2014 à 37,8 % en 2020-2021, avant de diminuer à 35,4 % en 2022, de remonter à 38,7 % en 2023, puis de se stabiliser légèrement plus bas en 2024 (37,8 %).

Figure 42. Évolution de la proportion de patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool dans les services spécialisés de Wallonie sur la période 2014-2024



Source : Sciensano (analyse et adaptation : Eurotox)

## LES DONNÉES PROVENANT DU RÉSEAU DES MÉDECINS VIGIES<sup>129</sup>

En complément des données issues des services de soins spécialisés et des hôpitaux, Sciensano dispose également d'informations relatives aux troubles liés à l'usage de substances (TUS) dans les soins primaires, collectées via le réseau des médecins vigies. Ce réseau, composé d'un échantillon de médecins généralistes<sup>130</sup>, a recueilli entre 2016 et 2020 des données sur la prise en charge des TUS (alcool et drogues illicites), en utilisant le même questionnaire et définition de cas que celui utilisé par le TDI, permettant ainsi des comparaisons entre les deux milieux de collecte.

129 Davantage d'informations sur ce réseau sont disponibles sur la page dédiée du site internet de Sciensano : <https://www.sciensano.be/fr/projets/reseau-de-medecins-generalistes-vigies#:~:text=Le%20r%C3%A9seau%20des%20M%C3%A9decins%20vigies,0%25%20de%20la%20population%20belge>

130 L'échantillon est représentatif de la population générale des médecins généralistes en termes d'âge et de sexe.

Le rapport publié en mai 2025, basé sur ces données à l'échelle nationale, montre que l'alcool, en tant que substance principale, représentait 60 % des enregistrements en médecine générale, 24 % dans les services spécialisés et 71 % dans les hôpitaux (Antoine *et al.*, 2025). Lorsque l'alcool est consommé seul, sans autre substance associée, cette proportion était de 51 % en médecine générale et 16 % en soins spécialisés. Par ailleurs, l'usage quotidien de l'alcool était deux fois plus fréquent en médecine générale (86 %) qu'en centre spécialisé (43 %).

Le profil des patient-es pris-es en charge en médecine générale diffère sur plusieurs aspects de celui observé dans les services spécialisés. On y observe une plus grande proportion de femmes (33 % versus 27 %), de personnes âgées d'au moins 45 ans (63 % vs 41 %), de personnes professionnellement actives (56 % vs 33 %), ainsi que de patient-es en traitement pour la première fois (46 % vs 36 %).

Ces données issues des soins primaires offrent un éclairage complémentaire sur la diversité des parcours et des profils des personnes concernées par les TUS, et contribuent à une compréhension plus globale de leur prise en charge en Belgique.

10.5

## LES PRISES EN CHARGES DANS LES SERVICES DE PSYCHIATRIE AVEC DIAGNOSTIC D'USAGE PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL

L'usage d'alcool peut être à la fois une conséquence et un facteur aggravant de divers troubles psychiatriques, notamment les troubles dépressifs, anxieux, bipolaires, psychotiques et de la personnalité. La coexistence d'un trouble lié à l'usage d'alcool (ou d'une ou plusieurs autres substances psychoactives) et d'un trouble psychiatrique, appelée double diagnostic, est une problématique fréquente en clinique et constitue un enjeu majeur pour la prise en charge des patient-es (Swimmer & Sandelich, 2024). Une étude menée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), basée sur l'analyse des diagnostics de troubles mentaux et de troubles liés aux substances psychoactives (TLS) à partir de fichiers médico-administratifs couvrant la période du 1<sup>er</sup> avril 2001 au 31 mars 2016, indique qu'en 2016-

2017, la prévalence des troubles mentaux était environ trois fois plus élevée chez les personnes ayant un TLS que chez celles n'ayant jamais été diagnostiquées avec un tel trouble depuis 2001 (31 % contre 11 %) (Huỳnh *et al.*, 2020). Parmi les individu-es ayant un TLS, les troubles anxieux étaient les plus fréquemment diagnostiqués (13 %), suivis des troubles dépressifs (8 %) et de la schizophrénie (6 %). Par ailleurs, une revue systématique de la littérature et une méta-analyse, ayant analysé des études transversales, de cohorte, prospectives, longitudinales et cas-témoins jusqu'en mars 2020, portant sur la prévalence de la consommation d'alcool chez les personnes avec et sans troubles mentaux, a révélé que les personnes souffrant de dépression, d'anxiété ou de phobie étaient deux fois plus susceptibles de développer un trouble de l'usage de l'alcool (Puddephatt *et al.*, 2022).

L'identification du double diagnostic est essentielle, car la cooccurrence de ces troubles entraîne une aggravation mutuelle des symptômes, une moindre adhésion au traitement, ainsi qu'une augmentation du risque de rechute, de comportements à risque et de marginalisation sociale (Hendershot *et al.*, 2022). De plus, ces patient-es sont plus susceptibles d'être hospitalisé-es de manière répétée, en raison

d'une prise en charge fragmentée qui ne prend souvent en compte qu'un seul des deux troubles à la fois (Castillo-Carniglia *et al.*, 2019).

La recherche d'un double diagnostic repose sur une évaluation clinique rigoureuse incluant des entretiens psychiatriques approfondis, des questionnaires standardisés et une analyse des antécédents médicaux. Il est crucial d'identifier l'ordre d'apparition des troubles, bien que cela soit souvent complexe en raison de l'entrelacement des symptômes psychiatriques et des effets de l'alcool (Rehm & Shield, 2019). Un dépistage systématique de la consommation d'alcool devrait être intégré aux consultations en psychiatrie, et inversement, toute personne consultant pour un trouble de l'usage d'alcool devrait faire l'objet d'un bilan psychiatrique approfondi afin d'optimiser la prise en charge.

Plusieurs modèles explicatifs ont été proposés pour comprendre l'association entre troubles psychiatriques et usage problématique d'alcool. L'hypothèse de l'automédication suggère que certain-es patient-es consomment de l'alcool pour soulager leurs symptômes psychiatriques, comme l'anxiété ou la dépression (Turner *et al.*, 2018). À l'inverse, l'alcool peut induire

ou aggraver des troubles psychiatriques en perturbant les mécanismes neurobiologiques et en augmentant le risque de troubles dépressifs et psychotiques (Koob & Volkow, 2010). Enfin, un facteur de vulnérabilité commun, d'origine génétique ou environnementale, pourrait expliquer l'apparition conjointe des deux troubles chez certain-es patient-es (Rehm & Shield, 2019).

Dans la pratique clinique, la mise en place d'une prise en charge intégrée et coordonnée, combinant traitement des

### **DOUBLES DIAGNOSTICS : POURQUOI LES ESTIMATIONS ET LES PROFILS DIFFÉRENT-ILS ?**

Les estimations de la prévalence des doubles diagnostics sont très variables selon les études, en raison de nombreuses différences entre les méthodologies d'estimation : population sélectionnée (population générale, population psychiatrique, usager-ères de drogues, usager-ères en traitement...), niveau de prévalence pris en compte (prévalence sur la vie, sur l'année, au moment de l'étude...), méthodes d'échantillonnage, critères et niveaux de précision/validité des outils diagnostiques. Les cas de double diagnostic semblent toutefois fréquents chez les usager-ères problématiques de substances psychoactives (Torrens, Mestre-Pintó & Domingo-Salvany, 2015), y compris en Belgique (Bollaerts & Van Bussel, 2013). Les troubles thymiques sont les plus fréquents, mais la prévalence de chaque trouble peut varier en fonction du type d'addiction. Par exemple, les troubles dépressifs sont particulièrement fréquents chez les personnes dépendantes à l'alcool, aux médicaments psychotropes ou aux opiacés, alors que l'on retrouve assez régulièrement des troubles de la personnalité chez les personnes ayant une dépendance aux opiacés. De même, si la prévalence de la schizophrénie est relativement faible chez les usager-ères de cannabis, un usage problématique de cannabis est à l'inverse très fréquent chez les personnes atteintes de schizophrénie.

troubles psychiatriques et du trouble lié à l'alcool, est essentielle pour améliorer l'adhésion aux soins et les résultats thérapeutiques (Castillo-Carniglia *et al.*, 2019). L'approche biopsychosociale, qui prend en compte l'ensemble des dimensions de la personne, est aujourd'hui reconnue comme le modèle le plus efficace pour traiter ces comorbidités complexes.

#### **10.5.1 L'INDICATEUR**

Le Résumé Psychiatrique Minimum (RPM) est un registre obligatoire effectué dans tous les services de prise en charge psychiatrique belges (hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques, initiatives d'habitations protégées et maisons de soins psychiatriques). Ce registre se compose de différentes informations relatives au diagnostic et à la prise en charge des patient-es, permettant d'une part de comptabiliser les séjours pour lesquels un diagnostic d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances a pu être posé, et d'autre part d'estimer la prévalence des doubles diagnostics.

Le volet du diagnostic psychiatrique peut être considéré comme exhaustif puisqu'il est complété sur base d'une évaluation de tous les axes DSM-IV<sup>131</sup>. Les données enregistrées comprennent les informations sociodémographiques du patient-e, le(s) diagnostic(s) et les problèmes identifiés à l'admission, les données de traitement, et enfin le(s) diagnostic(s) et les problèmes résiduels à la sortie. L'unité d'enregistrement de ce registre et des analyses subséquentes n'est pas le patient-e mais le séjour, certains patient-es pouvant avoir été admis à plusieurs reprises au cours d'une même année.

Depuis le 01/01/2019, suite à la réforme des soins de santé, les données RPM mises à notre disposition sont celles qui sont collectées dans les hôpitaux psychiatriques et dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux. Les analyses suivantes portent donc sur les séjours clôturés dans les hôpitaux psychiatriques et dans les services

psychiatriques des hôpitaux généraux de Wallonie sur la période 2005-2019<sup>132</sup>.

Dans un premier temps, nous présenterons l'ensemble des séjours pour lesquels un diagnostic d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances a été posé, en diagnostic principal ou secondaire, et quel que soit le motif de la prise en charge. Dans un second temps, nous aborderons les séjours lors desquels un double diagnostic a pu être posé à l'admission. À noter que les séjours pour lesquels la demande de prise en charge à l'admission portait sur une problématique d'assuétudes font également l'objet d'un enregistrement dans l'indicateur de demande de traitement (TDI ; voir supra).

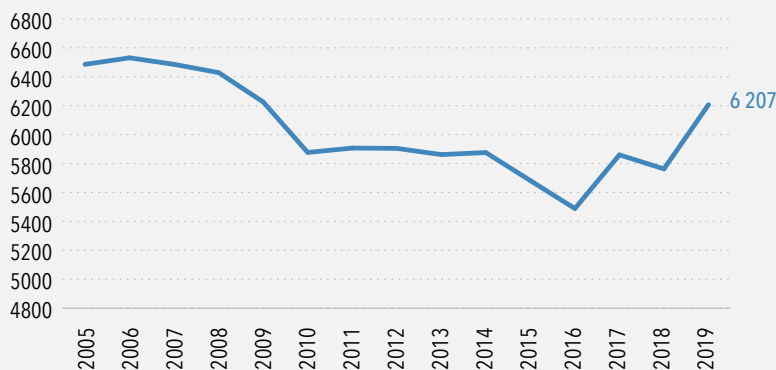
#### **10.5.2 LA SITUATION DE 2005 À 2019**

Sur la période 2005-2019, un total de 426 312 séjours (tous diagnostics confondus) ont été clôturés dans les hôpitaux psychiatriques et dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux de Wallonie, parmi lesquels 142 726 séjours (33,5 %) ont débouché sur un diagnostic d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances, en diagnostic principal ou secondaire. L'alcool est fréquemment identifié comme substance problématique lors des séjours dans les établissements de prise en charge psychiatrique en Wallonie, quel que soit le motif d'admission. En effet, un diagnostic principal ou secondaire d'abus ou de dépendance à l'alcool a été posé dans 21,3 % des séjours comptabilisés sur la période 2005-2019. Alors que ces diagnostics ont progressivement diminué entre 2005 et 2016, une recrudescence est observée ces dernières années, en particulier en 2019 (Figure 43a). Cette tendance doit toutefois être relativisée en prenant en compte l'augmentation du nombre absolu de séjours enregistrés, car les proportions de séjours avec un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool sont en progressive diminution (cette proportion est progressivement passée de 23,4 % à 18,4 % entre 2005 et 2019 ; et elle est stable par rapport à 2018) (Figure 43b).

.....  
132 En raison de la crise sanitaire liée à la Covid-19, les services ont été dispensés d'enregistrer le RPM en 2020. Les données de 2021 ne sont pas encore disponibles. Par ailleurs, il ne sera pas possible de les traiter comme précédemment en raison d'une adaptation et simplification du système d'enregistrement.

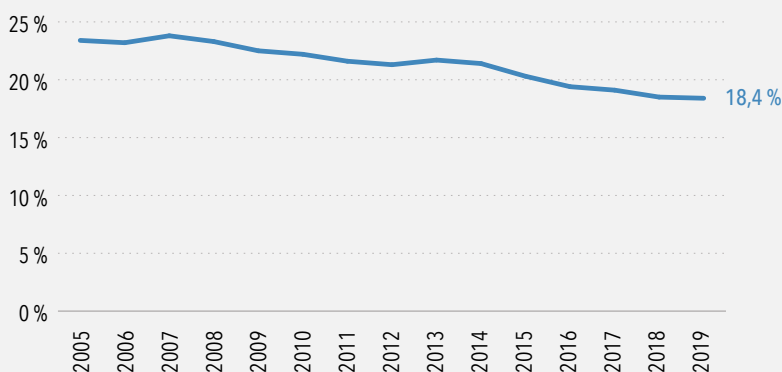
.....  
131 Le DSM-IV est un manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux utilisé pour établir les diagnostics psychopathologiques et catégoriser les patients sur base des manifestations cliniques.

**Figure 43a. Nombre de séjours clôturés dans les services psychiatriques de Wallonie avec un diagnostic d'usage problématique d'alcool sur la période 2005-2019**



Source : Service Data management du SPF Santé publique (analyse et adaptation : Eurotox)

**Figure 43b. Proportion de séjours clôturés dans les services psychiatriques de Wallonie avec un diagnostic d'usage problématique d'alcool sur la période 2005-2019**



Source : Service Data management du SPF Santé publique (analyse et adaptation : Eurotox)

En ce qui concerne la prévalence des doubles diagnostics, les troubles dépressifs (23,4 %) ainsi que, dans une moindre mesure, les troubles de la personnalité (14,4 %) et les troubles de l'adaptation (7,9 %) ont fréquemment été établis lors des séjours en psychiatrie dans les hôpitaux de la Wallonie durant lesquels un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool a été posé. Ce niveau de prévalence est similaire à ce qui est observé sur ce type de population (i.e. personnes prises en charge dans les services de psychiatrie) dans la plupart des pays européens (Torrens *et al.*, 2015). Mais il est supérieur à ce que l'on observe dans la population des usager-ères d'alcool et de drogues : dans la mesure où les

services de psychiatrie sont nombreux à proposer une prise en charge spécifique des problématiques de double diagnostic, ils «attirent» naturellement les usager-ères qui présentent des comorbidités psychiatriques.

10.6

## LA MORTALITÉ EN RAPPORT AVEC LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Dans le monde, 2,6 millions de décès étaient attribuables à la consommation d'alcool en 2019, dont 2 millions chez les hommes et 600 000 chez les femmes (OMS, 2024). Parmi ces décès, 1,6 million étaient liés à des maladies non transmissibles, notamment 474 000 à des maladies cardiovasculaires et 401 000 à des cancers. Environ 724 000 décès étaient associés à des blessures, incluant des accidents de la route, des actes d'automutilation et des violences interpersonnelles. Par ailleurs, 284 000 décès étaient dus à des maladies infectieuses. En 2019, les jeunes âgés de 20 à 39 ans représentaient la tranche d'âge la plus touchée, avec 13 % des décès attribuables à l'alcool. Les taux de mortalité liés à l'alcool les plus élevés sont observés dans les Régions européenne et africaine de l'OMS, avec respectivement 52,9 et 52,2 décès pour 100 000 personnes. De plus, les pays à faible revenu enregistrent les taux de mortalité liés à l'alcool les plus élevés par litre d'alcool consommé, tandis que ces taux sont les plus bas dans les pays à revenu élevé. Cependant, des progrès ont été réalisés : entre 2010 et 2019, le nombre de décès attribuables à l'alcool pour 100 000 personnes a diminué de 20,2 % à l'échelle mondiale.

Selon les données de 2019, la Région européenne de l'OMS affiche la consommation d'alcool la plus élevée au monde, avec une moyenne de 9,2 litres d'alcool pur par adulte et par an (OMS, 2024). Dans cette région, l'alcool constitue l'une des principales causes de mortalité, avec près de 800 000 décès par an, soit environ 2 200 décès quotidiens liés à l'alcool. Cela représente près de 9 % de l'ensemble des décès enregistrés en Europe, ce qui en fait la région où la contribution de l'alcool à la mortalité toutes causes confondues est la plus élevée à l'échelle mondiale.

La majorité des décès liés à l'alcool dans la Région européenne sont imputables aux maladies non transmissibles, représentant plus de 600 000 décès par an. Parmi eux, près de la moitié sont dus aux maladies cardiovasculaires, ce qui en fait la principale cause de mortalité attribuable à l'alcool. L'incidence des cancers associés à l'alcool y est également particulièrement élevée. En raison d'une forte consommation d'alcool et du vieillissement de la population, les pays européens affichent parmi les taux les plus élevés au monde pour ces cancers. Cette situation est d'autant plus préoccupante que la sensibilisation au lien entre alcool et cancer reste très faible.

Selon l'étude *Global Burden of Disease* de 2021, le taux de mortalité ajusté selon l'âge en Belgique était légèrement supérieur à la

moyenne des pays de l'UE-14<sup>133</sup> (18,1 pour 100 000 décès) (IHME, 2024). En 2021, la Belgique se classait 4<sup>e</sup> plus mauvais pays de l'UE-14 concernant les années de vie perdues. En Belgique, Sciensano a estimé que 3,6 % des décès cette année-là étaient liés à la consommation d'alcool, soit plus de 10 décès par jour (Sciensano, 2025). Ces décès concernaient majoritairement les hommes (71 %) ainsi que les personnes âgées de 65 à 84 ans (42 %) et de 45 à 64 ans (34 %). Les hommes sont principalement décédés des suites d'une cirrhose du foie, de troubles liés à la consommation d'alcool et d'un cancer du côlon et du rectum. Chez les

femmes, le cancer du sein était la principale cause de décès, suivi du cancer du côlon et du rectum, mais en nombre moins élevé. Par ailleurs, la Région de Bruxelles-Capitale et la Région wallonne enregistrent des taux de mortalité liés à l'alcool plus élevés que la Région flamande.

.....  
133 Fait référence aux pays ayant appartenu à l'Union européenne entre 1995 et 2004 et présentant des conditions socio-économiques similaires à celles de la Belgique, à savoir : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, les Pays-Bas, le Portugal et la Suède.

## LES LIENS ENTRE NIVEAU SOCIOÉCONOMIQUE, CONSOMMATION D'ALCOOL ET MORTALITÉ ASSOCIÉE

Les études épidémiologiques montrent généralement que la consommation d'alcool est plus répandue et plus régulière chez les personnes présentant un niveau socioéconomique (NSE) élevé, en particulier chez les hommes (voir notamment Beard *et al.*, 2016 ; Collins, 2016). Pourtant, un paradoxe bien documenté apparaît lorsqu'on examine les conséquences sanitaires de cette consommation : on observe un gradient social inversé entre le NSE et la morbidité et la mortalité liées à l'alcool (e.g. Collins, 2016 ; Mäkelä & Paljärvi, 2008 ; Probst *et al.*, 2014 ; Probst *et al.*, 2021)<sup>134</sup>. Autrement dit, bien qu'elles consomment en moyenne moins de boissons alcoolisées, les personnes ayant un NSE faible présentent un risque plus élevé de développer des complications graves, voire mortelles, liées à l'alcool. Ce phénomène est communément désigné sous le terme de paradoxe des méfaits liés à l'alcool (*alcohol harm paradox*).

Plusieurs hypothèses, non mutuellement exclusives, permettent d'expliquer ce paradoxe. Premièrement, une consommation problématique d'alcool peut entraver les trajectoires sociales, par exemple en contribuant à des échecs scolaires ou entraîner un déclassement social, notamment à travers la perte d'un emploi. Deuxièmement, les effets nocifs de l'alcool sont susceptibles d'être exacerbés par la présence de problèmes de santé préexistants, tels que l'obésité, le tabagisme, le diabète ou des troubles de la santé mentale, qui sont plus fréquemment observés chez les personnes ayant un NSE bas. Ainsi, à niveau de consommation égal, ces personnes subissent davantage de dommages, y compris en termes de mortalité, en raison d'un état de santé global plus fragile.

.....  
134 En revanche, il ne semble pas y avoir d'impact du statut socio-économique durant l'enfance sur le mésusage ultérieur d'alcool. Toutefois, très peu d'études se sont intéressées à cette question (voir Wiles *et al.*, 2007).

Troisièmement, cette association peut également s'expliquer par l'impact des inégalités sociales de santé. Les personnes ayant un NSE faible disposent en moyenne d'une littératie en santé plus limitée, ce qui se traduit par une moindre connaissance des risques liés à l'alcool, des stratégies de réduction des risques et des dispositifs d'aide disponibles en cas d'usage problématique. Elles peuvent également rencontrer davantage de difficultés à mettre en place des mécanismes d'autorégulation de leur consommation. Par ailleurs, ces personnes disposent généralement de moins de ressources sociales sur lesquelles s'appuyer et de ressources matérielles plus limitées pour prévenir ou atténuer les effets de l'alcool sur leur santé, ou pour accéder à des soins adaptés en cas de besoin.

Enfin, les personnes présentant un NSE faible sont plus fréquemment exposées à des conditions de vie et de travail défavorables à la santé – telles que des conditions matérielles précaires, une exposition accrue à la pollution chimique ou sonore, un stress chronique ou une pénibilité physique – susceptibles d'interagir négativement avec la consommation d'alcool et d'en renforcer les effets délétères. Elles présentent également plus souvent des problématiques connexes, comme des difficultés économiques ou de logement, qui accroissent leur vulnérabilité face au développement ou au maintien d'un usage problématique et, *in fine*, au risque de mortalité liée à l'alcool.

L'étude des relations entre niveau socioéconomique, consommation d'alcool et morbidité et mortalité associées demeure toutefois complexe. D'autres facteurs, tels que le genre, l'âge ou l'origine ethnique, sont susceptibles de moduler ces interactions (voir Collins, 2016, pour une revue ; voir également Beard *et al.*, 2016).

## LE COÛT SOCIO-ÉCONOMIQUE DE L'USAGE D'ALCOOL

L'impact économique de la consommation d'alcool en Europe est considérable, engendrant des coûts directs et indirects qui pèsent lourdement sur les systèmes de santé et l'économie. Les coûts directs incluent les dépenses médicales associées au traitement des maladies liées à l'alcool, telles que les maladies hépatiques, les cancers et les troubles mentaux (Rehm *et al.*, 2009 ; Shield *et al.*, 2013). Les coûts indirects, quant à eux, résultent principalement de la perte de productivité due à l'absentéisme, aux incapacités de travail et aux décès prématurés, ainsi que des dépenses liées aux forces de l'ordre et aux systèmes judiciaires pour traiter les infractions et violences associées à l'alcool (Anderson et Baumberg, 2006). Selon l'OMS, les coûts économiques attribuables à la consommation d'alcool dépassent plusieurs milliards d'euros chaque année en Europe, représentant jusqu'à 1,3 % du PIB dans certains pays (WHO, 2018). Cette charge financière dépasse largement les revenus générés par la taxation de l'alcool, mettant en évidence l'ampleur du fardeau économique et sanitaire associé à sa consommation excessive.

En Belgique, les données les plus récentes sur le coût socio-économique de la consommation d'alcool proviennent de l'étude SOCOST, qui porte sur l'année 2012 (Lievens *et al.*, 2016). Financée par la Politique scientifique fédérale (Belspo) et menée par l'Université de Gand, cette étude a estimé le coût social total des substances addictives (alcool, tabac, drogues illicites et médicaments psychoactifs) à 4,6 milliards d'euros, soit environ 1,2 % du PIB belge. Plus spécifiquement, les coûts sociaux liés à la consommation d'alcool s'élevaient à 2,1 milliards d'euros. L'alcool représentait 45 % des coûts directs (environ 1,29 milliard d'euros) attribués aux conséquences sociales de l'ensemble des substances psychoactives et 44 % des coûts indirects (environ 744 millions d'euros) toutes substances confondues. Les coûts directs et indirects en matière de santé sont principalement liés à la consommation excessive d'alcool

et de tabac. La majorité des dépenses concernait les soins hospitaliers (76,9 %), suivis des soins ambulatoires (21,7 %). Ces soins hospitaliers étaient dispensés aussi bien en hôpitaux généraux qu'en hôpitaux psychiatriques. Toutefois, le manque de données disponibles empêche de différencier précisément la part des soins destinés aux troubles mentaux de celle consacrée aux affections somatiques. Les dépenses allouées à la prévention et à la réduction des risques (RdR) restaient quant à elles marginales, ne représentant respectivement que 0,4 % et 0,11 % des coûts de santé directs.

Enfin, l'étude met en évidence des coûts intangibles significatifs liés à l'alcool. Ces coûts, qui ne sont pas directement monétaires, englobent la douleur, la souffrance et la perte de qualité de vie. Pour les quantifier, l'étude a utilisé le concept des années de vie corrigées de l'incapacité (*Disability-Adjusted Life Years* – DALY), qui mesure l'impact combiné de la morbidité et de la mortalité. Cette méthode prend en compte, d'une part, les années de vie en bonne santé perdues en raison d'une maladie ou d'un mauvais état de santé, et d'autre part, les années de vie perdues à la suite d'un décès prématuré, c'est-à-dire avant d'atteindre une espérance de vie de référence. Selon cette étude, la consommation d'alcool aurait été responsable de la perte de 175 100 années de vie en bonne santé en 2012.

Les auteur·rices de l'étude SOCOST recommandent dès lors de renforcer le rôle de détection, de diagnostic, d'intervention précoce et de soins de santé des services ambulatoires, afin de réduire le recours aux soins résidentiels. Cela implique notamment de soutenir le travail des médecins généralistes, leur formation et leur collaboration avec les médecins du travail. De manière générale, l'étude – appuyée par une autre étude européenne – soutient qu'une première ligne de soins forte permet une meilleure santé publique et réduit les admissions en hôpital évitables (Kringos *et al.*, 2013). De plus, la première ligne de soins, en collaboration avec les autres services de santé ainsi que les services d'accompagnement social, a un véritable rôle à jouer dans la détection précoce, la prévention et la prise en charge des consommations problématiques de substances. Parvenir à des prestations de soins intégrés et pluridisciplinaires exige

cependant un financement approprié (Mistiaen *et al.*, 2019). Les résultats de l'étude encourageaient également à investir davantage dans les programmes de RdR et de prévention de l'usage et de l'abus de drogues, qui ont fait leurs preuves en termes d'efficacité (Strang *et al.*, 2013 ; Wilson *et al.*, 2015 ; Rhodes & Hedrich, 2010) et permettent d'éviter des dépenses dans des secteurs plus coûteux comme les traitements ou la répression (Vander Laenen *et al.*, 2011).

Des données plus récentes confirment l'ampleur de ce fardeau en Belgique. Selon l'enquête HIS<sup>135</sup> 2018 de Sciensano, les troubles liés à la consommation d'alcool occupaient la septième place parmi l'ensemble des maladies déclarées en termes de coûts médicaux totaux, derrière notamment les lombalgies, les maladies pulmonaires chroniques obstructives et les troubles dépressifs majeurs (Sciensano, 2024). Par ailleurs, les estimations de la charge de morbidité pour l'année 2022 indiquent que la Belgique a perdu plus de 1,1 million d'années de vie en bonne santé en raison d'une altération de la qualité de vie (YLDs), les troubles mentaux et liés à la consommation de substances figurant parmi les principaux contributeurs (Sciensano, 2025). Les troubles liés à la consommation d'alcool représentaient à eux seuls 11 % de l'ensemble des années vécues avec une incapacité (YLDs), constituant la troisième cause spécifique après la dépression et les lombalgies. Chez les hommes, ils représentaient même la première cause de perte d'années de vie en bonne santé, tandis que chez les personnes âgées de 15 à 44 ans, ils figuraient parmi les causes ayant l'impact le plus important.

.....  
135 Enquête de santé par interview (Health Interview Survey - HIS). URL : <https://www.sciensano.be/fr/apropos-de-sciensano/organigramme-de-sciensano/information-sanitaire/enquetes-de-sante>

# PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES

La prévention et la réduction des risques liées à l'alcool sont des approches essentielles pour limiter les dommages physiques, psychologiques et sociaux associés au mésusage de cette substance. Ces stratégies visent à informer, à modifier les comportements et à réduire les risques pour les individus et la société tout en offrant des solutions adaptées aux personnes présentant divers profils de consommation.

Selon l'avis du Conseil Supérieur de la Santé de 2025, la réduction des risques doit concerner tous les niveaux de consommation d'alcool, y compris les consommations légères à modérées. Il préconise plusieurs mesures visant à limiter les dommages et les risques liés à l'alcool, qui se déclinent en actions à l'échelle sociétale et individuelle :

## – Mesures visant la société dans son ensemble (cf. point 4.1) :

La consommation d'alcool est fortement influencée par le contexte socioculturel, notamment les normes sociales et l'acceptabilité de certains comportements. Pour réduire les risques liés à l'alcool, il est crucial de transformer ce contexte en visant une société où la consommation d'alcool n'est plus considérée comme une norme sociale, même lors d'événements festifs. Il faut donc diminuer l'attractivité de l'alcool en augmentant la perception de ses dangers pour la santé, ajuster les normes sociales de consommation, et renforcer le contrôle social sur la consommation excessive. Il est également essentiel de limiter l'accès à l'alcool, en particulier pour les mineur-es, afin de retarder l'âge de la première consommation. Pour prévenir une consommation excessive ou problématique, il est important de faciliter l'accès aux soins et d'encourager une demande d'aide plus précoce.

## – Mesures visant les individus (Tableau 46) :

Ces actions visent à réduire la consommation d'alcool et ses conséquences. Elles encouragent une modération de la consommation, limitent les épisodes d'hyperalcoolisation, retardent l'initiation à l'alcool et favorisent un recours précoce à l'aide en cas d'usage problématique. Parallèlement, elles cherchent à atténuer les impacts sanitaires (troubles physiques et mentaux) et sociaux (violences, conduites à risque, syndrome d'alcoolisation fœtale, stigmatisation des personnes concernées). Certaines interventions ciblent directement la réduction de la consommation, tandis que d'autres privilégient la diminution des dommages sans imposer l'arrêt de l'alcool. Ces approches sont souvent combinées pour une meilleure efficacité.

## UN EXEMPLE DE CAMPAGNE DE PRÉVENTION :

### LA «TOURNÉE MINÉRALE®»<sup>136</sup>

La première Tournée Minérale® a été lancée en 2017 par la Fondation contre le Cancer afin d'encourager les Belges à ne pas consommer d'alcool pendant le mois de février. L'objectif principal de cette campagne est de sensibiliser la population aux effets de la consommation d'alcool sur la santé et de promouvoir la réduction des risques associés à cette consommation. Pendant ce mois sans alcool, les participant-es sont invité-es à prendre une pause dans leur consommation, afin de réfléchir à leurs habitudes de consommation d'alcool et d'en mesurer les impacts sur leur bien-être.

Une étude de 2024 a mis en évidence plusieurs facteurs facilitant et obstacles à la participation (Thienpondt *et al.*, 2024). Les participant-es ont apprécié les supports de la campagne, jugés utiles et motivants, et ont constaté des bénéfices notables, tels

qu'une meilleure prise de conscience de leur consommation d'alcool, une amélioration du bien-être général, et une qualité de sommeil améliorée. Cependant, des difficultés ont émergé lors des événements sociaux où l'abstinence devenait plus complexe, notamment en raison du manque d'alternatives non alcoolisées attrayantes. De plus, certain-es ont rapporté des effets indésirables comme l'augmentation de la consommation de boissons sucrées. Pour les futures éditions de la campagne, il serait pertinent de proposer davantage de solutions alternatives à l'alcool et de créer des espaces d'échange pour soutenir les participant-es tout au long du mois. Ces résultats soulignent l'importance d'adapter la campagne aux réalités sociales et individuelles, afin d'en maximiser l'impact et de mieux accompagner les individus dans leur démarche.

.....  
136 Voir le site web de la Tournée Minérale : <https://tournee-minerale.be/>

**Tableau 46. Bonnes pratiques de réduction des risques et des dommages liés à l'alcool visant les personnes**

| Recommandation   | Pourquoi ?  | Comment ?   | Recommandation   | Pourquoi ?  | Comment ?   |
|--|---|---|--|---|---|
| <b>MODÉRATION</b>  |   |   |  |   |   |
| Ne buvez pas plus de 10 unités standards d'alcool par semaine, à répartir sur plusieurs jours.   | Pour limiter les effets néfastes de la consommation d'alcool.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer la connaissance des unités standards : 1 unité standard = 10 g d'alcool = 1 verre de 25 cl de bière (5 %), 1 verre de 10 cl de vin (12 %) ou 1 verre de 3 cl d'alcool fort (40 %).</li> <li>- Compter les unités d'alcool bues (en utilisant un journal, une application ou en écrivant des lignes sur une feuille de papier, etc.).</li> </ul> | Choisissez des variantes avec un pourcentage d'alcool plus bas.  | L'alcool est responsable des effets toxiques et toute boisson contenant moins d'alcool a donc moins d'effets négatifs.  |   |
| Prévoyez plusieurs jours dans la semaine sans alcool.  | Pour permettre au corps de récupérer, et réduire les risques de dépendance.   | En utilisant par exemple un agenda/calendrier hebdomadaire avec des jours sans alcool planifiés. Ces jours-là, essayer de prévoir une version sans alcool d'une activité où est consommé normalement de l'alcool.   | Mangez avant ou pendant la consommation de boissons alcoolisées.   | La consommation de nourriture ralentit la vitesse à laquelle l'alcool entre dans la circulation sanguine, ce qui réduit ses effets nocifs.                              | Manger de préférence des protéines ou des glucides, en évitant les aliments trop salés qui donneront soif, ou trop sucrés.  |
| Limitez la quantité totale d'alcool consommée en une occasion et évitez le <i>binge drinking</i> (i.e., pas plus de 4 unités standards pour les femmes et 6 unités standards pour les hommes, en moins de 2 heures). | Se fixer une limite, en quantité et en argent.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compter les unités d'alcool bues pour être conscient-e de la quantité que l'on boit et ne pas boire plus que prévu.</li> <li>- Faire le suivi en utilisant un journal, une application ou en écrivant des lignes sur une feuille de papier, etc.</li> </ul>  | Ne mélangez pas avec d'autres drogues (y compris la nicotine) ou médicaments.  | La combinaison augmente le risque d'effets secondaires dangereux, tels que des difficultés respiratoires, le coma ou une overdose.                                      |   |
| Rompez avec votre habitude de consommation d'alcool en faisant une pause.  | Faire une pause de quelques jours, semaines ou mois dans sa consommation d'alcool est toujours bénéfique pour la santé et contribue à réduire durablement la consommation d'alcool au-delà de cette pause.  | En participant à des programmes tels que la Tournée Minérale par exemple.   | Évitez de boire/consommer de l'alcool sous d'autres formes.  | Les produits tels que les bains de bouche, les désinfectants pour les mains, etc. contiennent d'autres substances toxiques que l'alcool. Ne pas ingérer ces substances. |   |
| Réalisez que chaque diminution de la consommation d'alcool est bonne pour la santé.  | Acheter moins souvent de l'alcool.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévoir des activités autres que la consommation d'alcool ou prévoir une version sans alcool d'une activité où est normalement consommé de l'alcool.</li> <li>- Consulter un-e spécialiste peut aider à réduire sa consommation.</li> </ul>  | Tenez compte de l'apport en vitamines B.   | La consommation excessive d'alcool diminue le taux de vitamines.  | La prise de vitamines permet de reconstituer ce qui a été perdu. Si vous consommez régulièrement de l'alcool, consultez un spécialiste de la santé pour savoir s'il est conseillé de prendre un supplément de vitamine B1 (thiamine) et d'autres vitamines du groupe B. |
| Assurez-vous d'un sevrage sûr.   | En cas de dépendance à l'alcool, arrêter soudainement peut provoquer des symptômes de sevrage, ce qui peut être dangereux.  | Consulter un-e professionnel-le de la santé en cas de projet d'arrêt de la consommation.  | <b>ENVIRONNEMENT DE CONSOMMATION</b>   |   |   |
| <b>MODE DE CONSOMMATION</b>  |   |   | Buvez dans un endroit sûr.   | Boire dans un endroit sûr réduit les risques de dommages.   |   |
| Alternez entre boissons alcoolisées et non-alcoolisées.  | Boire de l'eau (ou d'autres boissons non alcoolisées) réduit le taux de consommation d'alcool, aide à prévenir la déshydratation, aide à réduire la consommation totale d'alcool en une seule occasion, et réduit les effets de la consommation excessive (gueule de bois). |   | Assurez-vous d'avoir des personnes de confiance à proximité et de pouvoir rentrer chez vous en toute sécurité quand vous buvez de l'alcool.  |   | Planifier votre retour en transport en commun, en taxi ou utiliser un-e conducteur-riche désigné-e («BOB»).   |
| Buvez lentement  | Boire lentement permet de mieux maîtriser sa consommation.  | Par exemple, il peut être utile de déposer son verre plutôt que de le garder en main.   | Ne buvez pas d'alcool dans certaines circonstances : <ul style="list-style-type: none"> <li>- en cas de conduite d'un véhicule ;</li> <li>- en cas de travail avec des machines, des appareils électriques, des échelles, etc. ;</li> <li>- avant et pendant le travail ;</li> <li>- en cas de responsabilité de la sécurité d'autrui ;</li> <li>- pendant les activités nécessitant de la vigilance et des compétences ;</li> <li>- avant, pendant et immédiatement après des efforts physiques et sportifs.</li> </ul> | Pour éviter les accidents.  |   |
| Répartissez les boissons alcoolisées dans le temps.  | Donne au corps plus de temps pour traiter l'alcool. Une consommation trop rapide d'alcool entraîne une intoxication plus rapide et une prise de risque plus importante.   | Par exemple, 1 verre par heure maximum.   | <b>PROMOTION DE LA SANTÉ</b>   |   |   |
| Postposez la première consommation.  | Chaque verre évité réduit les risques.  |   | Si vous voulez optimiser votre santé, ne buvez pas d'alcool.   | Toute consommation d'alcool a un impact sur la santé.   |   |
|  |   |   | Ne buvez pas d'alcool avant 18 ans.  | L'alcool a des conséquences néfastes sur le développement du cerveau des enfants, adolescent-es et même des jeunes adultes jusqu'à 25 ans.                              |   |
|  |   |   | Ne buvez pas d'alcool si vous êtes enceinte ou désirez l'être, ou si vous allaitez.  | Il n'y a pas de limite en-dessous de laquelle une consommation d'alcool par la mère durant la grossesse serait sans danger pour l'enfant à naître.                      |   |
| Source : Conseil Supérieur de la Santé (2025)  |   |   |  |   |   |

## GUINDAILLE 2.0 : UNE CAMPAGNE DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU FESTIF ÉTUDIANT

### Une initiative participative portée par Univers Santé<sup>137</sup> pour rendre les fêtes étudiantes plus sûres et inclusives.

La vie étudiante est un moment clé de construction personnelle, d'apprentissage et de socialisation. Si les fêtes y tiennent une place importante, elles peuvent parfois s'accompagner de consommations à risque d'alcool (ou d'autres drogues). En Belgique, près de huit jeunes adultes sur dix déclarent consommer de l'alcool, et environ un sur cinq rapporte des épisodes mensuels de consommation intensive<sup>138</sup>.

Plutôt que de moraliser ces pratiques, il s'agit d'agir avec les étudiant-es pour créer des environnements festifs plus sûrs, dans une logique de promotion de la santé, de prévention par les pairs et de réduction des risques.

### Une démarche ancrée dans la promotion de la santé

Portée par l'ASBL Univers Santé, la campagne Guindaille 2.0 se déploie sur les sites de l'UCLouvain. Elle vise à encourager des comportements festifs plus responsables en mobilisant trois leviers complémentaires, qui agissent à la fois sur les individus, les collectifs et les contextes de fête :

#### 1. Participation et co-construction par les pairs

Au cœur du dispositif, chaque année, environ 60 «délégué-es Guindaille 2.0» (des étudiant-es issu-es des cercles, régionales et kots-à-projets) sont formés et agissent comme pairs relais. Leur mission : déterminer ou valider les objectifs du projet et les messages principaux, sensibiliser, distribuer du matériel de réduction des risques (préservatifs, bouchons d'oreille, eau gratuite), et relayer les messages de prévention auprès de leur collectif étudiant.

Cette participation directe des étudiant-es incarne un principe fondamental de la réduction des risques : agir avec les publics concernés et reconnaître leur capacité à transformer leurs milieux de vie.

#### 2. (In)formation et sensibilisation

À travers des formations, des actions de sensibilisation et une communication numérique via le réseau social Instagram<sup>139</sup> suivie par près de 3 000 personnes, Guindaille 2.0 aborde les risques en milieu festif à travers deux prismes principaux : la consommation d'alcool (et autres drogues) et la santé sexuelle (consentement, aux risques d'infections sexuellement transmissibles (IST) et aux grossesses non désirées).

#### 3. Action sur l'environnement festif

Guindaille 2.0 adapte le cadre des soirées étudiantes : accès facilité et visibilisé à l'eau gratuite, affichage de messages co-construits, mise à disposition de matériel de prévention, accompagnement des organisateur-rices pour des événements plus sûrs.

Ces aménagements concrets traduisent la volonté d'agir sur les contextes de consommation pour réduire les risques, tout en maintenant la convivialité.

### Une approche globale et cohérente

En combinant participation, information et action sur l'environnement, Guindaille 2.0 s'inscrit pleinement dans les principes de la promotion de la santé et de la réduction des risques en :

- agissant avec le public plutôt que sur lui ;
- valorisant les compétences et la coresponsabilité ;
- créant des environnements festifs plus sûrs et bienveillants.

Cette campagne s'inscrit également dans un travail plus large mené par Univers Santé, notamment à travers le réseau «Jeunes, alcool et société», qui réunit des acteurs issus de la jeunesse, de l'éducation et des assuétudes pour porter un plaidoyer collectif sur la place de l'alcool et les conditions structurelles d'une prévention efficace.

Anne-Charlotte Baar

Chargée de projets assuétudes à Univers Santé  
Maitre-assistant à la Haute École Louvain en Hainaut

137 Site web d'Univers Santé : <https://www.univers-sante.be/>

138 Scienano (2024). Enquête de Santé 2023-2024 – Consommation d'alcool en Belgique.

139 Page Instagram de la campagne Guindaille 2.0 : <https://www.instagram.com/guindaille2.0/>

## POUR EN SAVOIR PLUS

Conseil Supérieur de la Santé (2025). Mesures de réduction des dommages et des risques liés à la consommation d'alcool. CSS n°9782. URL : <https://www.hgr-css.be/file/download/d863df46-429a-431e-a4cf-36b6a12d9af9/96zTIY55Wn25G54iCrrLjVXdWywR2kdrBzTCfDbSr43d.pdf>

Eurotox (2020). Livret thématique n°6 – Alcool, bonnes pratiques de prévention et de réduction des risques. Bruxelles : Eurotox asbl. URL : <https://eurotox.org/publications/nos-publications/bonnes-pratiques/>

Eurotox (2024). Bulletin socio-épidémiologique sur la prévention des usages de drogues et addictions auprès des jeunes en Wallonie. Bruxelles : Eurotox. URL : <https://eurotox.org/publications/nos-publications/bulletins-socio-epidemiologiques/>

# TRAITEMENTS ET PRISES EN CHARGE DES TROUBLES DUS À L'USAGE D'ALCOOL

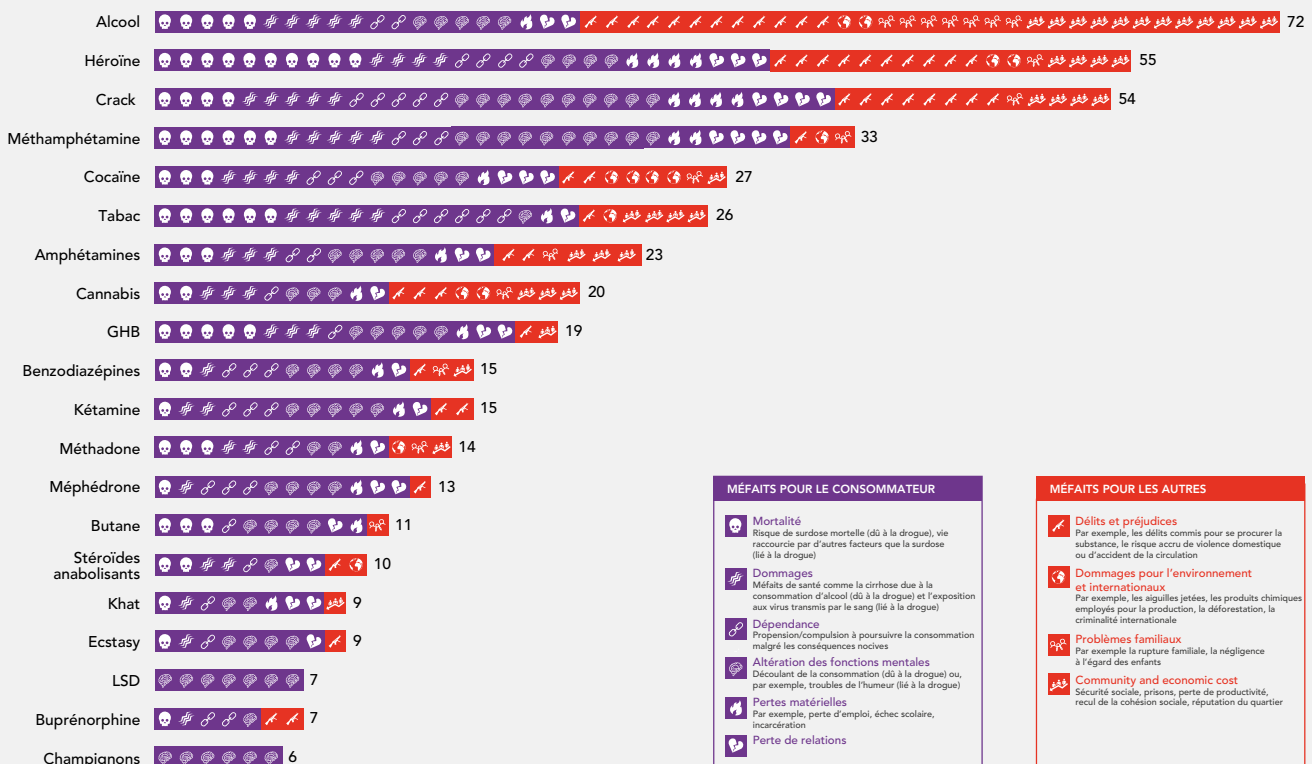
L'alcool occupe une place paradoxale dans nos sociétés : largement ancré dans les pratiques culturelles et sociales, il est aussi responsable de nombreux dommages individuels et collectifs. En 2010, le psychopharmacologue britannique David Nutt et un groupe d'experts spécialisés dans le domaine des drogues ont conduit une étude visant à classer différentes substances psychoactives selon leur nocivité, en tenant compte des effets sur la santé des usager-ères ainsi que des impacts sociaux plus larges (Figure 44). Les résultats de cette analyse ont profondément remis en

question l'image de l'alcool : il se classe au quatrième rang des substances les plus nocives pour l'individu, derrière le crack, l'héroïne et la méthamphétamine. Toutefois, en raison de sa prévalence et des conséquences qu'il engendre à l'échelle sociétale (violence, désinsertion professionnelle, troubles familiaux, coûts pour les systèmes de santé et de justice, etc.), l'alcool occupe la première place en termes de dommages sociaux.

Ainsi, au-delà de son acceptabilité sociale et de sa banalisation dans de

nombreux contextes, l'alcool représente un enjeu majeur de santé publique. Ses effets délétères peuvent conduire à un large éventail de troubles, allant d'un usage problématique occasionnel à une dépendance sévère, nécessitant des prises en charge adaptées et diversifiées. Comprendre ces mécanismes et identifier les stratégies thérapeutiques et les dispositifs de soins disponibles est donc essentiel pour limiter l'impact des troubles liés à l'usage d'alcool, tant pour les individus que pour la collectivité.

Figure 44. Classement des drogues en fonction des dommages pour l'usager-ère et pour les autres



Source : Figure extraite du rapport de la Commission Globale de Politique en matière de drogues – La classification des substances psychoactives : lorsque la science n'est pas écoutée (2019)<sup>140</sup>. D'après Nutt et al., 2010.

140 CGPD. La classification des substances psychoactives – Lorsque la science n'est pas écoutée. Rapport 2019. URL : [https://fedabxl.be/site/wp-content/uploads/2019/06/GCDP\\_2019Report\\_FR\\_web.pdf](https://fedabxl.be/site/wp-content/uploads/2019/06/GCDP_2019Report_FR_web.pdf)

Toutes les personnes en situation d'usage problématique ne recherchent pas nécessairement d'aide. La demande de soins est influencée par de nombreux facteurs individuels et sociaux, tels que le déni, la crainte de stigmatisation, la peur du changement ou encore un accès limité aux services de soins. De manière générale, il s'écoule un délai important entre l'apparition des difficultés liées à un usage problématique et la décision de solliciter un accompagnement professionnel.

Selon le rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) de 2015 sur les leviers favorisant le recours aux traitements en cas de problématique liée à l'alcool, seuls 8 % des personnes présentant un usage problématique et 10 % des personnes en situation de dépendance ont entrepris une démarche d'aide auprès d'un-e professionnel-le de santé. De plus, selon cette même étude, le délai moyen avant de solliciter un suivi est de 18 ans (Mistiaen *et al.*, 2015). Afin d'éviter que ces difficultés ne se chronicisent et n'entraînent des conséquences importantes sur le plan biopsychosocial, il est essentiel de renforcer la détection et l'intervention précoce au sein des pratiques de première ligne, tout en veillant à éviter une approche trop

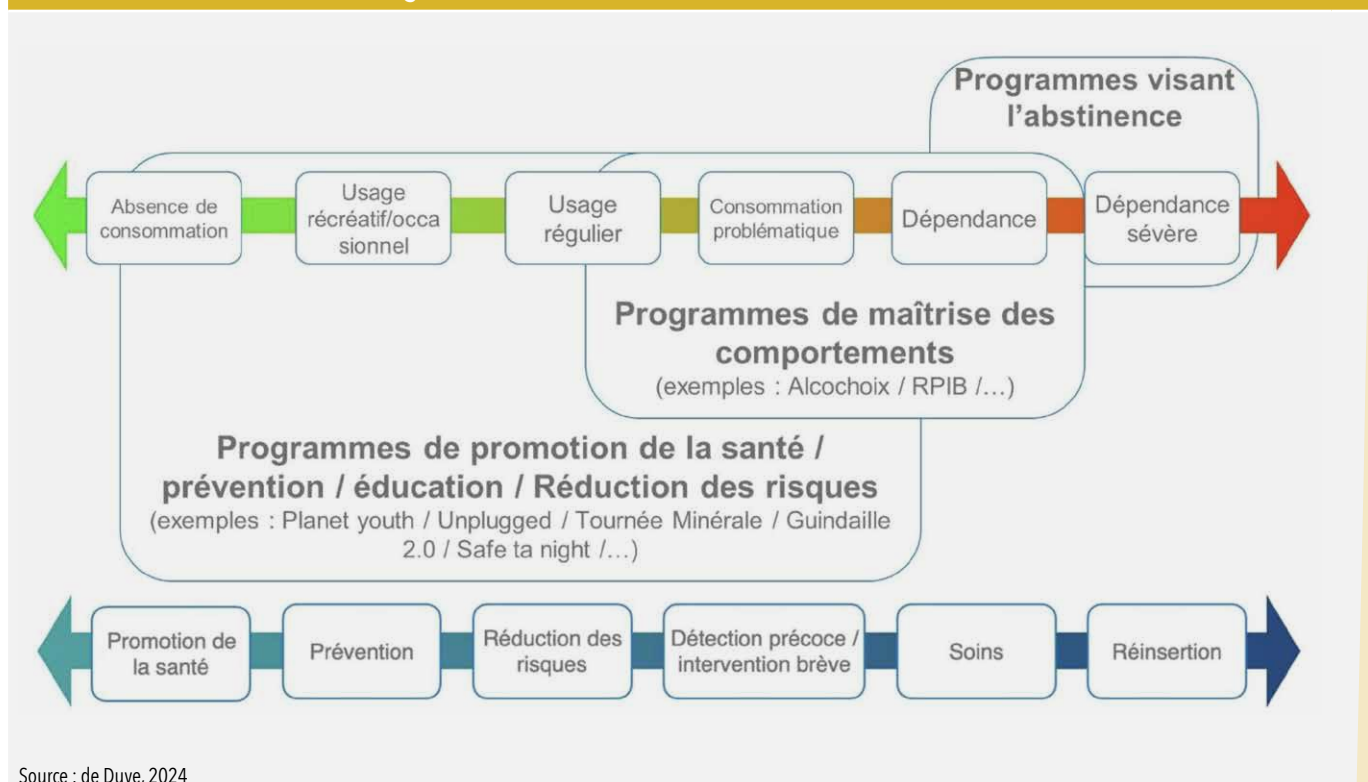
normative ou moraliste. Il est également important de reconnaître que certain-es usager-ères développeront un usage problématique qui pourra se résorber sans recours à une aide professionnelle : on parle alors de rémission naturelle ou spontanée.

À partir des besoins, des difficultés et des souffrances exprimés par la personne, le personnel soignant et celle-ci déterminent ensemble les objectifs du suivi ainsi que les facteurs sur lesquels agir. Le traitement peut s'orienter vers la prise en charge des complications physiques liées à la consommation d'alcool (telles que les maladies hépatiques ou cardiovasculaires), des troubles psychologiques associés (comme l'anxiété ou la dépression), ainsi que des comorbidités identifiées. Dans le cas d'un trouble lié à l'usage de l'alcool, le soin vise à aider la personne à retrouver un contrôle sur sa consommation, que ce soit par une réduction des quantités consommées, un sevrage complet ou un accompagnement dans le changement de ses habitudes. Cette prise en charge repose également sur des interventions psychosociales visant à soutenir la démarche de changement et à travailler sur les dimensions personnelles, relationnelles

et environnementales influençant la consommation d'alcool.

Au niveau clinique, l'abstinence constitue l'objectif le plus ambitieux, apportant un maximum de bénéfices pour la santé et réduisant les risques au minimum. Toutefois, cet objectif n'est pas toujours atteignable ni adapté à toutes les usager-ères. Une approche centrée exclusivement sur l'abstinence peut décourager certain-es usager-ères de solliciter un accompagnement, retardant ainsi des interventions pourtant bénéfiques et aggravant potentiellement la situation. Pour favoriser la réduction des dommages liés à l'alcool, il est donc fondamental d'adopter une approche clinique flexible et adaptée aux besoins de chaque personne. Cela implique de proposer des stratégies diversifiées qui prennent en compte les différentes étapes du continuum de consommation et qui offrent des soins appropriés et personnalisés à chaque situation (continuum de soins) (Figure 45).

Figure 45. Continuum de consommation et de soins



Source : de Duve, 2024

Plusieurs approches alternatives à l'abstinence sont disponibles. Par exemple :

- le programme «Mes Choix Alcool»<sup>141</sup>, qui vise la régulation de la consommation chez les usager-ères à risque ou problématique (sans trouble de l'usage d'alcool)
- le groupe de «Réflexion» de l'hôpital de jour «le Guêret» du Grand Hôpital de Charleroi.

Il existe également des stratégies permettant de suivre et de modérer sa consommation d'alcool, telles que :

- L'enregistrement de la consommation d'alcool, par exemple avec la méthode *Time Line Follow Back*<sup>142</sup>.
- L'approche centrée sur les objectifs, incluant la fixation, le contrôle et le suivi d'objectifs de consommation<sup>143</sup>.
- L'utilisation d'applications mobiles, telles que *Drinking Alcohol, Easy Quit Drinking, Oz Ensemble, MyDefi*, etc.

Pour les personnes présentant des troubles sévères liés à l'usage d'alcool et ne visant pas nécessairement la sobriété, il existe des initiatives nationales permettant d'assurer un suivi adapté. Par exemple, le projet Sabayon, mis en place à Gand en 2017, s'adresse aux personnes concernées par un trouble de l'usage d'alcool. Son objectif principal est d'améliorer la coopération entre les différents partenaires de soins de santé en prenant en compte divers aspects de la vie des personnes, bien au-delà de leur consommation d'alcool. Dans le cadre d'un parcours Sabayon, plusieurs dimensions sont travaillées avec des personnes de confiance choisies par la personne concernée elle-même (travailleur-euse

social-e, proche, membre de la famille, etc.). L'arrêt total de la consommation d'alcool n'est pas une condition préalable pour intégrer ce programme. Plutôt que de viser l'abstinence, souvent irréaliste pour ce public, Sabayon privilégie des approches alternatives telles que l'usage contrôlé, la réduction des risques et un accompagnement centré sur le rétablissement. Un parcours Sabayon peut ainsi inclure un travail sur la réduction des risques, afin que la personne consomme de plus faibles quantités d'alcool ou boive moins fréquemment. Pour certain-es, cette démarche peut aussi favoriser un retour vers les soins. En plaçant l'autonomie et la qualité de vie au cœur de son approche, Sabayon implique activement les participant-es dans l'élaboration de leur propre plan de soins. Le projet vise également à renforcer la communication et la collaboration entre les différent-es acteur-rices du secteur.

#### **Pour en savoir plus sur le traitement des troubles liés à l'usage de substances psychoactives :**

Eurotox (2024). Livret thématique n°5 – Bonnes pratiques en matière d'aide et de soins. Bruxelles : Eurotox asbl.  
URL : <https://eurotox.org/publications/nos-publications/bonnes-pratiques/>

World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: WHO; 2024.  
Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

.....  
141 Programme «Mes Choix Alcool». URL : <https://lepelican-asbl.be/groupe-de-parole/#choix-alcool>  
142 WHO. The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use – Manual for use in primary care. 12 June 2012. URL : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599399>  
143 Voir par exemple la brochure : <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2020/07/livret-alcool-GP-BAT.pdf>

## AIDE-ALCOOL.BE, PLUS DE DIX ANS APRÈS : LE SOIN COMMENCE AU PREMIER CLIC<sup>144</sup>

Lancée en 2012 par le Centre ALFA (Liège) et Le Pélican (Bruxelles), la plateforme Aide-Alcool.be propose un parcours gradué de psychoéducation, d'auto-évaluations, de *self-help* et d'accompagnement hebdomadaire par tchat avec un-e psychologue clinicien-ne. Plus d'une décennie après sa création, l'ampleur de son utilisation (plus de neuf millions de visites, plus de seize mille inscriptions et plusieurs milliers de patient-es suivis) ainsi que la forte proportion de primo-consultants (environ une personne sur deux n'avait jamais évoqué ses difficultés auparavant) montrent que l'entrée par le numérique constitue une modalité de soin à part entière.

### Une réponse aux barrières d'accès aux soins

L'accès aux soins en santé mentale et en addictologie demeure entravé par de multiples obstacles : peur de la stigmatisation, contraintes horaires, distance géographique, appréhensions liées à la confidentialité, etc. Aide-Alcool.be a été conçu comme une porte d'entrée susceptible d'abaisser ces barrières en proposant un dispositif clinique fondé sur les preuves et articulé aux filières de soins en présentiel.

Plutôt que d'opposer accompagnement numérique et face-à-face, le dispositif assume pleinement le numérique comme une modalité de soin à part entière, complémentaire et souvent initiale dans le parcours des bénéficiaires.

### Parcours et ancrage clinique

Le parcours Aide-Alcool se déploie en quatre temps : (1) accès 24 h/24 à des articles, ressources de psychoéducation et auto-évaluations validées; (2) programme de *selfhelp* structuré autour d'outils de conscientisation et de prise de décision issus des thérapies cognitivo-comportementales; (3) guidance hebdomadaire par tchat pendant trois mois, assurée par des psychologues clinicien-nes spécialisé-es en assuétudes, avec gratuité, anonymat et plages étendues (avant 8 h, après 18 h et le samedi matin); (4) orientation et articulation avec les soins ambulatoires ou hospitaliers lorsque nécessaire. L'ensemble du dispositif est ancré dans une démarche d'*Evidence-Based Practice* (EBP).

### Dix ans de données d'utilisation : qui sont les bénéficiaires ?

Les données cumulées 2013-2024 témoignent d'un usage massif : 9 069 626 visites, 333 076 tests réalisés et 16 083 inscriptions au programme (dont 11 228 en *self-help* et 4 855 en guidance). Plus de 3 000 patient-es ont été pris-es en charge et plus de 15 000 créneaux de consultations par tchat ont été proposés.

Au-delà de ces volumes, un indicateur clinique majeur ressort : environ 50 % des personnes accompagnées n'avaient jamais parlé de leurs difficultés avant leur arrivée sur la plateforme, soulignant la capacité du numérique à capter des publics « hors-radar » des filières traditionnelles.

Le profil des bénéficiaires témoigne de l'ampleur de la problématique dans la population belge : une majorité de personnes âgées de 35 à 55 ans, en emploi pour deux tiers d'entre eux, avec des niveaux élevés de consommation problématique (AUDIT > 20 chez environ 80 %), des traitements psychotropes présents chez près de 45 % et des signaux d'idéation suicidaire chez près de 40 %.

Par ailleurs, les femmes sont majoritaires parmi les personnes accompagnées en ligne, alors qu'elles ne représentent qu'environ un tiers des patient-es dans les filières présentes, plaçant pour des dispositifs de *matched-care* sensibles au genre.

### Enjeux cliniques et organisationnels

Les bénéfices du dispositif (accessibilité, flexibilité, réduction des coûts) doivent être appréciés à l'aune des exigences qu'il impose : protocolisation des situations d'urgence, continuité de service, travail spécifique sur l'accroche pour réduire les abandons précoces et articulation soignée entre interventions en ligne et en présentiel. C'est l'inscription du dispositif dans un réseau clinique local (assuétudes, santé mentale, hospitalier, prévention du suicide, fédérations, universités) qui permet d'en faire une véritable modalité de soin, et non un simple outil de contact.

### Implications pour les politiques de santé publique

Des disparités persistent entre Communautés en matière de soutien et de mise en œuvre d'initiatives en ligne. Elles appellent une stratégie cohérente au niveau national afin d'assurer un développement équilibré des interventions numériques de santé mentale sur l'ensemble du pays et d'en garantir l'accès à qualité équivalente pour toutes et tous.

Dans cette optique, quatre leviers sont prioritaires : (1) un financement structurel des interventions numériques adossées à des équipes cliniques, pour stabiliser l'offre ; (2) l'identification et la promotion des pratiques efficaces, via une cartographie partagée assortie de critères communs de qualité et de sécurité ; (3) la constitution d'un réseau d'expertise pour mutualiser procédures et indicateurs ; (4) l'intégration des compétences numériques cliniques dans la formation initiale et continue des psychologues clinicien-nes, conformément aux recommandations du Conseil Supérieur de la Santé (avis 9745).

### Conclusion

Plus de dix ans d'expérience montrent que l'entrée par le numérique n'est pas un détour, mais pour de nombreuses personnes, la seule porte franchissable vers les soins. Reconnaître pleinement ces pratiques comme relevant du champ des soins de santé mentale implique de leur garantir un cadre, des moyens, une formation et une évaluation à la hauteur des enjeux cliniques et sociétaux qu'elles adressent.

Angélique Belmont  
Psychologue clinicienne  
Coordnatrice [www.aide-alcool.be](http://www.aide-alcool.be)

144 Voir le site internet : <https://aide-alcool.be/>

La consommation d'alcool est un enjeu majeur de santé publique, tant par sa prévalence dans l'ensemble de la population que par l'ampleur des dommages qu'elle génère. En Belgique, comme dans de nombreux pays européens, l'alcool est associé à un large éventail de conséquences sanitaires (cancers, maladies cardiovasculaires, troubles mentaux, accidents, etc.) et sociales (violence intrafamiliale, désinsertion professionnelle, difficultés économiques, etc.). Ces effets touchent non seulement les consommateurs mais également leur entourage et la société dans son ensemble. Le coût social de l'alcool en Belgique a été estimé à plusieurs milliards d'euros par an, une charge largement évitable au regard des stratégies efficaces disponibles.

Les données présentées dans ce bulletin confirment la nécessité d'agir sur plusieurs leviers : la consommation d'alcool reste élevée dans certains sous-groupes de population, notamment chez les hommes, les adultes plus âgés ou les personnes présentant des signes de mal-être psychologique. De nombreuses personnes rapportent également des usages à risque, souvent invisibilisés ou banalisés, malgré des conséquences parfois lourdes sur la santé, la vie sociale et professionnelle.

Pour répondre à ces enjeux, les recommandations internationales, en particulier celles de l'OMS, sont claires : les mesures les plus efficaces pour réduire les niveaux de consommation et les dommages associés reposent sur des approches structurelles. Les *best buys* de l'OMS – augmentation de la fiscalité sur l'alcool, régulation stricte de la publicité et limitation de l'accessibilité physique (heures et lieux de vente) – ont démontré leur efficacité dans de nombreux pays. À ce jour, la Belgique applique ces mesures de manière partielle et inégale. Il existe donc une marge de progression importante, tant au niveau fédéral que dans les entités fédérées.

À côté de ces politiques structurelles, il est fondamental de renforcer les dispositifs de prévention, d'information et de soutien. La promotion de messages de santé cohérents, la formation des professionnel·les, le développement de programmes de prévention à l'école et dans les milieux de travail, ainsi que la réduction des risques dans les milieux festifs sont des axes prioritaires. Il est aussi essentiel de mieux accompagner les personnes concernées par un usage problématique de l'alcool, et d'accélérer leur intégration dans un parcours de soin. Cela suppose un renforcement des services de première ligne, un meilleur repérage précoce, et la création de parcours de soins adaptés, accessibles et non stigmatisants.

Dans un avis publié en 2025<sup>145</sup>, le Conseil Supérieur de la Santé plaide pour une meilleure reconnaissance des titres d'alcoologue et d'addictologue, ainsi que pour une intégration renforcée des soins en addiction dans la formation de base des professionnel·les de la santé. Il souligne également la nécessité de soutenir financièrement ces soins, notamment par le remboursement des consultations. Une coordination optimale doit être instaurée entre les approches médicales, psychothérapeutiques et sociales afin de garantir un accompagnement global. Les personnes concernées doivent pouvoir bénéficier d'un soutien respectueux, adapté à leurs besoins spécifiques et permettant un parcours de soins intégrés. La lutte contre la stigmatisation demeure une priorité, car cette dernière constitue un obstacle majeur à la demande d'aide et contribue à l'isolement des usager·ères, souvent déjà marginalisé·es.

.....  
 145 Conseil Supérieur de la Santé. Le rôle des alcoologues et addictologues dans la prise en charge des personnes ayant des problèmes de l'usage d'alcool et/ou d'addiction. CSS ; 2025. Avis n°9783. URL : <https://www.hgr-css.be/fr/avis/9783/role-des-alcoologues-et-addictologues-dans-les-soins-des-addictions>

Ces constats n'empêchent pas de relever certaines évolutions encourageantes. Depuis deux décennies, la consommation d'alcool chez les jeunes tend à diminuer dans plusieurs pays européens, y compris en Belgique. Cette tendance peut s'expliquer par une évolution des normes sociales, une moindre pression des pairs, une diversification des modes de socialisation (notamment numériques), et une plus grande attention portée à la santé mentale, au bien-être et aux modes de vie équilibrés. Ces changements démontrent que les comportements de consommation sont sensibles aux transformations sociétales et qu'ils peuvent évoluer si des conditions propices sont réunies.

En résumé, relever les enjeux liés à l'alcool requiert une stratégie multisectorielle, cohérente et fondée sur des données probantes. Une action concertée alliant prévention, accompagnement et régulation est indispensable pour réduire les dommages liés à l'alcool et améliorer la santé publique en Belgique ainsi qu'en Wallonie.

- Abu Shehab AH, Simona T, Ciubară AB, Voinescu DC, Burlea L, Ciubară A. alcohol use disorder and depression: the complexity of comorbidity. *Eur Psychiatry*. 2024;67(S1):S528-9.
- Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe: a public health perspective. London: Institute of Alcohol Studies; 2006.
- Anker JJ, Thuras P, Shuai R, Hogarth L, Kushner MG. Evidence for an alcohol-related "harm paradox" in individuals with internalizing disorders: Test and replication in two independent community samples. *Alcohol Clin Exp Res*. 2023;47(4):713-23.
- Antoine J, Bensemmane S, Richelle L, Debouverie L, Degreef M. Traitement des assuétudes en médecine générale. Situation épidémiologique entre 2016 et 2020, données du réseau des médecins vigies. Bruxelles : Sciensano ; 2025. Rapport : D/2025.14.440/22.
- Barrett AE, Turner RJ. Family structure and substance use problems in adolescence and early adulthood: examining explanations for the relationship. *Addiction*. 2006;101(1):109-20.
- Beck KH, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, O'Grady KE, Wish ED. Social context of drinking and alcohol problems among college students. *Am J Health Behav*. 2008;32(4):420-30.
- Biddinger KJ, Emdin CA, Haas ME, Wang M, Hindy G, Ellinor PT *et al*. Association of habitual alcohol intake with risk of cardiovascular disease. *JAMA Netw Open*. 2022;5(3):e223849.
- Bollaerts K, Van Bussel J. Développement et validation d'un protocole d'étude sérologique et lié au comportement des infections par VHB, VHC et VIH chez les toxicomanes ayant consommé des drogues par injection dans un passé récent (DRID). Bruxelles : Institut de Santé Publique ; 2013.
- Boets S, Sloomans F, Schoeters A, Dehaes C. Rapport sur l'état de la sécurité routière 2023 - Où en sommes-nous deux ans après le lancement de « All for Zero » ? Bruxelles : Institut Vias ; 2024.
- Boets S, Wardenier N, De Vos N, Bouwen L. Mesure nationale de comportement « conduite sous l'influence de l'alcool » 2021 - L'alcool au volant en Belgique. Bruxelles : Institut Vias ; 2023.
- Brennan PL, Schutte KK, Moos RH. Pain and use of alcohol to manage pain: prevalence and 3-year outcomes among older problem and non-problem drinkers. *Addiction*. 2005;100(6):777-86.
- Bresin K, Mekawi Y. The "why" of drinking matters: a meta-analysis of the association between drinking motives and drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. 2021;45(1):38-50.
- Brick J. Standardization of alcohol calculations in research. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006;30(8):1276-87.
- Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. Delays in seeking treatment for mental disorders in the Belgian general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42:937-44.
- Buckley C, Brennan A, Kerr WC, Probst C, Puka K, Purshouse RC, Rehm J. Improved estimates for individual and population-level alcohol use in the United States, 1984-2020. *Int J Alcohol Drug Res*. 2022;10(1):24-33.
- Caluzzi G, Livingston M, Holmes J, MacLean S, Lubman D, Dietze P, *et al*. Declining drinking among adolescents: are we seeing a denormalisation of drinking and a normalisation of non-drinking? *Addiction*. 2022;117(5), pp. 1204-12.
- Cantril H. Pattern of human concerns New Brunswick (NJ): Rutgers University Press; 1965.
- Castillo-Carniglia A, Keyes KM, Hasin DS, Cerdá M. Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(12):1068-80.
- Charrier L, van Dorsselaer S, Canale N, Baska T, Kilibarda B, Comoretto RI, *et al*. A focus on adolescent substance use in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Vol. 3. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024.
- Collins SE. Associations Between Socioeconomic Factors and Alcohol Outcomes. *Alcohol Res*. 2016;38(1):83-94.
- Commission européenne. Modijefsky M, Janse R, Spit W, Jankowska-Karpa D, *et al*. Prevention of driving under the influence of alcohol and drugs-executive summary. Publications office of the European Union; 2022.
- Cooper ML. Motivations for alcohol use among adolescents: development and validation of a four-factor model. *Psychol Assess*. 1994;6(2):117-28.
- Cox WM, Klinger E. A motivational model of alcohol use. *J Abnorm Psychol*. 1988;97(2):168-80.
- Davis CG, Thake J, Vilhena N. Social desirability biases in self-reported alcohol consumption and harms. *Addictive Behav*. 2010; 35(4), 302-11.
- Decorte T, Kramer R, Vlaemyck M, De Donder E, de Duve M. Assessment of alternative models for regulation of alcohol marketing in Belgium. Final Report. Brussels : Belgian Science Policy 2019 - 289 p. (BRAINbe - (Belgian Research Action through Interdisciplinary Networks)
- De Duve, M. Changement de paradigme et plaidoyer « Agir en prévention » + Introduction au modèle islandais et l'expérience irlandaise [PowerPoint-presentatie]. Colloquium « Drugs in Brussels » ; 2024 (19 février).
- EMCDDA. Rapport européen sur les drogues 2020 : tendances et évolutions. Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne ; 2020.

- Emslie C, Hunt K, Lyons AC. Transformation and time-out: the role of alcohol in identity construction among scottish women in early midlife. *Int J Drug Policy*. 2015;26(5), 437-45.
- El Haddad R, Renuy A, Wiernik E, Melchior M, Zins M, Airagnes G. Proportion of at-risk alcohol consumers according to the new French guidelines: Cross-sectional weighted analyses from the CONSTANCES cohort. *Int J Public Health*. 2024;69:1606481.
- European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD). ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Lisbon: ESPAD; 2019.
- Evans-Reeves KA, Matthes BK, Chamberlain P, Paichadze N, Gilmore AB, Mialon M. Intimidation against advocates and researchers in the tobacco, alcohol and ultra-processed food spaces: a review. *Health Promot Int*. 2024;39(6):daae153.
- Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, Daepfen JB. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screening Tool for Excessive Drinking in Primary Care: Reliability and Validity of a French Version. *Alcohol Clin Exp Res*. 2025;29(11): 2001-7.
- Garrison H, Scholey A, Ogden E, Benson S. The effects of alcohol intoxication on cognitive functions critical for driving: A systematic review. *Accident Analysis & Prevention*. 2021; 154:106052.
- Gilmore AB, Fabbri A, Baum F, Bertscher A, Bondy K, Chang H-J, et al. Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *Lancet*. 2023;401(10383):1194-213.
- Goodlett CR, Horn KH. Mechanisms of alcohol-induced damage to the developing nervous system. *Alcohol Res Health*. 2001;25(3):175-84.
- Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SRM, Tymeson HD, et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018;392:1015-35.
- Hamilton H, Armeli S, Litt M, Tennen H. The new normal: changes in drinking norms from college to postcollege life. *Psychol Addict Behav*. 2020;34(4), 521-31.
- Hanson MD, Chen E. Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: A review of the literature. *J Behav Med*. 2007;30(3), 263-85.
- Hendershot CS, Witkiewitz K, George WH, Marlatt GA. Relapse prevention for addictive behaviors. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2011;6:17.
- Huỳnh C, Rochette L, Pelletier É, Jutra-Aswad D, Fleury M-J, Kisely S, Lesage A. Portrait des troubles liés aux substances psychoactives : troubles mentaux concomitants et utilisation des services médicaux en santé mentale. Québec (QC) : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ; 2020.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease 2021: Findings from the GBD 2021 Study. Seattle, WA: IHME, 2024.
- Jackson K, Finch T, Kaner E, McLaughlin J. Understanding alcohol as an element of 'care practices' in adult white British women's everyday personal relationships: a qualitative study. *BMC Women's Health*. 2018;18(1):137.
- Johnson EO, Breslau N. Sleep problems and substance use in adolescence. *Drug Alcohol Depend*. 2001;64(1),1-7.
- Kendler KS, Gardner CO, Hickman M, et al. Socioeconomic status and alcohol-related behaviors in mid- to late adolescence in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *J Stud Alcohol Drugs*. 2014;75(4),541-5.
- Kendler KS, Larsson Lönn S, Salvatore JE, Sundquist J, Sundquist K. The impact of parenthood on risk of registration for alcohol use disorder in married individuals: a Swedish population-based analysis. *Psychol Med*. 2019;49(13):2141-8.
- Kilian C, Manthey J, Probst C, Brunborg GS, Bye EK, Ekholm O, et al. Why is per capita consumption underestimated in alcohol surveys? Results from 39 surveys in 23 European countries. *Alcohol Alcohol*. 2020;55(5),554-63.
- Knott CS, Coombs N, Stamatakis E, Biddulph JP. All cause mortality and the case for age specific alcohol consumption guidelines: pooled analyses of up to 10 population based cohorts. *BMJ*. 2015;350:h384.
- Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*. 2010;35(1):217-38. Erratum in: *Neuropsychopharmacology*. 2010;35(4):1051.
- Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff*. 2013;32(4):686-94.
- Kuntsche E, Kuntsche S. Development and validation of the Drinking Motive Questionnaire Revised Short Form (DMQ-R SF). *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2009;38,899-908.
- Kuntsche E, Knibbe R, Gmel G, Engels R. Replication and validation of the Drinking Motive Questionnaire revised (DMQ-R, Cooper, 1994) among adolescents in Switzerland. *Eur Addict Res*. 2006;12,161-8.
- Kuntsche E, Knibbe R, Gmel G, Engels R. Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clin Psychol Rev*. 2005;25(7),841-61.
- Kuntsche E, Knibbe R, Gmel G, Engels R. Who drinks and why? A review of socio-demographic, personality, and contextual issues behind the drinking motives in young people. *Addict Behav*. 2006;31(10):1844-57.
- Lange S, Kim KV, Lasserre AM, Orpana H, Bagge C, Roerecke M, Rehm J. Sex-specific association of alcohol use disorder with suicide mortality: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2024;7(3):e241941.
- Lievens D, Vander Laenen F, Verhaegen N, Schils N, Putman K, Pauwels L, et al. The social cost of legal and illegal drugs in Belgium. IRCP Research Series. Vol. 51. Antwerpen: Maklu; 2016.
- Loke AY, Mak YW. Family process and peer influences on substance use by adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(9),3868-85.
- Lyvers M, Hasking P, Hani R, Rhodes M, Trew E. Drinking motives, drinking restraint and drinking behaviour among young adults. *Addict Behav*. 2010;35(2):116-22.
- Manthey J, Braddick F, López-Pelayo H, Shield K, Rehm J, Kilian, C. Unrecorded alcohol use in 33 European countries: Analyses of a comparative survey with

- 49,000 people who use alcohol. *Int J Drug Policy*. 2023;116,104028.
- McCambridge J, Mialon M. Alcohol industry involvement in science: A systematic review of the perspectives of the alcohol research community. *Drug Alcohol Rev*. 2018;37(5):565-79.
- Mäkelä P, Paljärvi T. Do consequences of a given pattern of drinking vary by socioeconomic status? A mortality and hospitalisation follow-up for alcohol-related causes of the Finnish Drinking Habits Surveys. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(8):728-33.
- Measham F. The new policy mix: Alcohol, harm minimisation, and determined drunkenness in contemporary society." *Int J Drug Policy*. 2006;17(3),258-68.
- Meesmann U, Vanhoe S, Opdenakker E. Dossier thématique Sécurité routière n° 13. Alcool. Bruxelles (Belgique) : Institut Vias – Centre de Connaissance Sécurité routière ; 2017.
- Millwood IY, Walters RG, Mei XW, Guo Y, Yang L, Bian Z. Conventional and genetic evidence on alcohol and vascular disease aetiology: a prospective study of 500 000 men and women in China. *Lancet*. 2019;393:1831-42.
- Mistiaen P, Kohn L, Mambourg F, Ketterer F, Tiedtke C, Lambrechts M-C, et al. Reduction of the treatment gap for problematic alcohol use in Belgium – Synthesis. Brussels (Belgium): KCE – Belgian Health Care Knowledge Centre, Health Services Research (HSR); 2015. KCE Reports 258Cs.
- Mistiaen P, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Ricour C. Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique. Brussels (Belgium): KCE – Belgian Health Care Knowledge Centre, Health Services Research (HSR); 2019.
- Mitchell G, Lesch M, McCambridge J. Alcohol industry involvement in the moderate alcohol and cardiovascular health trial. *Am J Public Health*. 2020;110(4):485-8.
- Moskowitz H, Fiorentino D. A review of the literature on the effects of low doses of alcohol on driving-related skills. United States. National Highway Traffic Safety Administration. Office of Research and Traffic Records. Research and Evaluation Division; 2000. Report Number : DOT-HS-809-028;NTIS-PB2000105778.
- Mukamal KJ, Jensen MK, Grønbaek M, Stampfer MJ, Manson JE, Pischon T, Rimm EB. Drinking frequency, mediating biomarkers, and risk of myocardial infarction in women and men. *Circulation*. 2005;112(10):1406-13.
- Nguyen-Louie TT, Buckman JF, Ray S, Bates ME. Drinkers' memory bias for alcohol picture cues in explicit and implicit memory tasks. *Drug Alcohol Depend*. 2016;160,90-6.
- Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Independent Scientific Committee on Drugs. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*. 2010;376(9752):1558-65.
- OECD. Health at a glance 2023: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2023. URL: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- Ogden EJ, Moskowitz H. Effects of alcohol and other drugs on driver performance. *Traffic Inj Prev*. 2004;5(3):185-98.
- Pape H, Rossow I, Brunborg GS. Adolescents drink less: How, who and why? A review of the recent research literature. *Drug Alcohol Rev*. 2018;37(1):S98-S114.
- Patrick ME, Kloska DD, Schulenberg JE. Initiation of and escalation to high-intensity drinking in young adults. *JAMA Pediatrics*. 2023;177(5),423-44.
- Pourmovahed Z, Mazloomi M, Yassini A, et al. Family structure in association with alcohol use among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Int J High Risk Behav Addict*. 2022;11(1):e112404.
- Poznyak V, Fleischmann A, Rekke D, Rylett M, Rehm J, Gmel G. The World Health Organization's global monitoring system on alcohol and health. *Alcohol Research: Current Reviews*. 2014;35(2),244-9.
- Probst C, Roerecke M, Behrendt S, Rehm J. Socioeconomic differences in alcohol-attributable mortality compared with all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol*. 2014;43(4):1314-27.
- Probst C, Lange S, Kilian C, Saul C, Rehm J. The dose-response relationship between socioeconomic deprivation and alcohol-attributable mortality risk-a systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2021;19(1):268.
- Puddephatt JA, Irizar P, Jones A, Gage SH, Goodwin L. Associations of common mental disorder with alcohol use in the adult general population: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2022;117(6):1543-72.
- Rabin RC. Federal agency courted alcohol industry to fund study on benefits of moderate drinking. *New York Times*. March 17, 2018.
- Raitasalo, K, Kraus L, Bye E, Karlsson P, Tigerstedt C, Törrönen, J, et al. Similar countries, similar factors? Studying the decline of heavy episodic drinking in adolescents in Finland, Norway and Sweden. *Addiction*. 2020;116(1),62-71.
- Rault A. Étude des déterminants psychosociaux des alcoolisations chez les sportifs : mise en place et évaluation d'interventions de prévention. Psychologie. Université de Bordeaux, 2019. Français.
- Régny R, Stévenot C, Hogge M. Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en Région de Bruxelles-Capitale. Bruxelles, Belgique : Eurotox asbl ; 2023.
- Rehm J, Crépault JF, Wettlaufer A, Manthey J, Shield K. What is the best indicator of the harmful use of alcohol? A narrative review. *Drug Alcohol Rev*. 2020;39(6):624-31.
- Rehm J, Kehoe T, Gmel G, Stinson F, Grant B, Gmel G. Statistical modelling of volume of alcohol exposure for epidemiological studies of population health: The US example. *Popul Health Metr*. 2010;8, 3.
- Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009;373(9682):2223-33.
- Rehm J, Shield KD. Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(2):10.
- Reid G, Robinson M. How valid and reliable are cigarette retail sales data for estimating population cigarette consumption? A case study in Scotland. *Nicotine & Tobacco Research*. 2017;19(12),1541-2.
- Rhodes T, Hedrich D. (Eds.). Harm reduction: Evidence, impacts and challenges. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010.

- Riley EP, McGee CL. Fetal alcohol spectrum disorders: an overview with emphasis on changes in brain and behavior. *Exp Biol Med* (Maywood). 2005;230(6):357-65.
- Roehrs T, Roth T. Sleep, sleepiness, and alcohol use. *Alcohol Res Health*. 2001; 25(2):101-9.
- Room R, Greenfield T, Holmes J, Kraus L, Livingston M, Pennay A, *et al*. Supranational changes in drinking patterns: factors in explanatory models of substantial and parallel social change. *Addiction Research & Theory*. 2019;28(6):467-73.
- Rossow I, Mäkelä P. Public health perspectives: Population drinking and alcohol policy. In Mäkelä, P., Rossow, I., & Stenius, K. (Eds.), *Setting Limits: Alcohol, Health and Social Policy*. Nordic Council of Ministers; 2021.
- Ryan J, Roman NV, Okwany A. The effects of parental monitoring and communication on adolescent substance use and risky sexual activity: A systematic review. *Open Fam Stud J*. 2015;7, 12-27.
- Scheen AJ. Alcool et conduite automobile. *Rev Med Liege*. 2019;74(5-6):258-64.
- Sciensano. Cost of illness: self-reported non-communicable health conditions, Health Status Report, 22 Apr 2024, Brussels, Belgium. URL: <https://www.healthybelgium.be/en/health-status/cost-of-illness/self-reported-non-communicable-health-conditions>
- Sciensano. Fardeau de la maladie : fardeau des facteurs de risque - fardeau de la consommation d'alcool. Health Status Report. Bruxelles (Belgique) : Sciensano ; 30 jan 2025. URL : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/fardeau-de-la-maladie/fardeau-des-facteurs-de-risque/fardeau-de-la-consommation-dalcool>
- Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res*. 2013;35(2):155-73.
- Shield KD, Rehm J. Difficulties with telephone-based surveys on alcohol consumption in high-income countries: The Canadian example. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2012;21(1),17-28.
- Slootmans F. Rapport Statistique – Accidents de la route 2024. Bruxelles (Belgique) : Institut Vias ; 2025.
- Steinhoff A, Shanahan L, Bechtiger L, Zimmermann J, Ribeaud D, Eisner MP, *et al*. When substance use is underreported: Comparing self-reports and hair toxicology in an urban cohort of young adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2023;62(7):791-804.
- Stockwell T, Zhao J, Clay J, Levesque C, Sanger N, Sherk A, Naimi T. Why do only some cohort studies find health benefits from low-volume alcohol use? A systematic review and meta-analysis of study characteristics that may bias mortality risk estimates. *J Stud Alcohol Drugs*. 2024;85(4):441-52.
- Stockwell T, Zhao J, Panwar S, Roemer A, Naimi T, Chikritzhs T. Do "moderate" drinkers have reduced mortality risk? A systematic review and meta-analysis of alcohol consumption and all-cause mortality. *J Stud Alcohol Drugs*. 2016;77(2):185-98.
- Strang J, Bird SM, Parmar MK. Take-home emergency naloxone to prevent heroin overdose deaths after prison release: rationale and practicalities for the N-ALIVE randomized trial. *J Urban Health*. 2013;90,983-96.
- Sullivan LE, Fiellin DA, O'Connor PG. The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: A systematic review. *American Journal of Medicine*. 2005;118(4),330-41.
- Swimmer KR, Sandelich S. Substance use disorder. *Emerg Med Clin North Am*. 2024;42(1):53-67.
- Thienpondt A, Van Cauwenberg J, Van Damme J, Deforche B. Process evaluation of the Belgian one-month-without alcohol campaign 'Tournée Minérale': a mixed method approach. *BMC Public Health*. 2024;24(1):383.
- Torrens M, Mestre-Pintó JI, Domingo-Salvany A. Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2015.
- Torsheim T, Cavallo F, Levin KA, Schnohr C, Mazur J, Niclasen B, Currie C, *et al*. Psychometric validation of the revised family affluence scale: A latent variable approach. *Child Indicators Research*. 2016;9,771-84.
- Townshend JM, Duka T. Binge Drinking, Cognitive Performance and Mood in a Population of Young Social Drinkers. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005;29(3): 17-25.
- Turner S, Mota N, Bolton J, Sareen J. Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: A narrative review of the epidemiological literature. *Depress Anxiety*. 2018;35(9),851-60.
- Ulfssdotter Gunnarsson K, Collier ES, Bendtsen M. Research participation effects and where to find them: a systematic review of studies on alcohol. *J Clin Epidemiol*. 2025;179:111668.
- Van den Heuvel F, Dijkstra C, Hagens L. Framing van alcoholgebruik, gerelateerde (gezondheids)schade en preventiebeleid door belanghebbenden bij de alcoholindustrie: Welke argumenten worden voor en achter de schermen gebruikt? Amsterdam UMC; 2025.
- Vander Laenen F, De Ruyver B, Christiaens J, Lievens, D. Drugs in cijfers III, Onderzoek naar de overheidsuitgaven voor het drugbeleid in België. Gent (Belgique) : Academia Press ; 2011.
- Vashishtha R, Livingston M, Pennay A, Dietze P, Maclean S, Holmes J, *et al*. Why is adolescent drinking declining? A systematic review and narrative synthesis. *Addict Res Theory*. 2019;28(4):275-88.
- Vuik S, Cheatley J. Prévenir l'usage nocif de l'alcool. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE); 2024.
- Wadman M. NIH pulls the plug on controversial alcohol trial. *Science*. 2018.
- Wilson DP, Donald B, Shattock AJ, Wilson D, Fraser-Hurt N. The cost-effectiveness of harm reduction. *Int J Drug Policy*. 2015;26(1):S5-11.
- Windle M, Windle RC. Testing the specificity between social anxiety disorder and drinking motives. *Addict Behav*. 2012;37(9):1003-8.
- World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
- World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization. Global status report on road safety 2023. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Geneva: World Health Organization; 2000.

World Health Organization, Regional Office for Europe. Wellbeing measures in primary health care: the DepCare Project. Report on a WHO meeting, Stockholm, Sweden, 12-13 February 1998. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1998. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/349766>

Yap MBH, Cheong TWK, Zaravinos-Tsakos F, Lubman DI, Jorm AF. Modifiable parenting factors associated with adolescent alcohol misuse: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Addiction*. 2017;112,1142-62.

Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*. 1988;52,30-41.

Zullig KJ, Valois RF, Huebner ES, *et al*. Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *J Adolesc Health*. 2001;29(4),279-88.



### AIDEZ-NOUS À AMÉLIORER NOS PRODUCTIONS

Ce document vous a-t-il été utile ?  
Comment l'avez-vous utilisé ?  
Manque-t-il certains contenus ou certaines  
thématiques ?

Scannez ou cliquez sur le QR code pour répondre  
anonymement à notre questionnaire. Votre retour  
contribuera directement à faire évoluer nos travaux  
afin qu'ils répondent au mieux à vos besoins.

EUROTOX ASBL | OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL-DROGUES | DÉCEMBRE 2025

151 rue Jourdan, 1060 Bruxelles | Tél. +32 2 539 48 29  
9 rue du Moulin, 1340 Ottignies | [info@eurotox.org](mailto:info@eurotox.org)

Ce document est disponible  
en version pdf sur le site | [www.eurotox.org](http://www.eurotox.org)