

ALCOOL

BONNES PRATIQUES DE PRÉVENTION ET DE RÉDUCTION DES RISQUES

6

TABLE DES MATIÈRES

●	AVANT-PROPOS	4
	Pourquoi ces livrets thématiques ?	4
	Pourquoi ce livret sur les bonnes pratiques de prévention et de réduction des risques liés à l'alcool ?	4
①	ALCOOL, SANTÉ ET SOCIÉTÉ	6
①.1	Alcool et environnement socioculturel	6
①.2	Inégalités sociales de santé et usage (problématique) d'alcool	9
①.3	Classification des usages et normes de consommation	13
①.4	Panorama et analyse des tendances en matière de consommation d'alcool dans le monde et en Belgique	16
①.5	Les conséquences sanitaires et sociales de la consommation d'alcool	18

2	STRATÉGIES ET POLITIQUES «ALCOOL» AU NIVEAU INTERNATIONAL ET BELGE	28
2.1	Plans stratégiques existants en matière de prévention et RdR au niveau international et européen	28
2.2	Objectifs et standards de qualité en matière de prévention et RdR	32
2.3	Stratégies et politiques belges	35
2.4	La législation belge	41
3	BONNES PRATIQUES EN MATIÈRE DE POLITIQUES PUBLIQUES	46
3.1	Réduire la disponibilité et l'accessibilité de l'alcool	48
3.2	Adopter et mettre en œuvre un plan national alcool	54
3.3	Taxation et politique de prix	55
3.4	Réguler le contexte de consommation	57
3.5	Réduire l'attractivité	59

3.6	Encadrer le lobbying alcoolier	64
3.7	Mesures liées à l'alcool au volant	66
3.8	Éducation et information publiques	67
3.9	Soutien de la recherche et évaluation des politiques publiques	69
3.10	Contrôle de l'application de la loi	70

4	BONNES PRATIQUES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET DE RÉDUCTION DES RISQUES	72
4.1	Détection et interventions précoces	72
4.2	Prévention de l'usage d'alcool au volant	75
4.3	Prévention en milieu scolaire	86
4.4	Prévention et réduction des risques en milieu familial	100
4.5	Prévention et réduction des risques en milieu festif et en milieu étudiant	108

4.6	Prévention et réduction des risques en milieu professionnel	123
4.7	Prévention et réduction des risques en milieu sportif	130
4.8	Prévention et réduction des risques en milieu pénitentiaire	136
4.9	Prévention et réduction des risques en milieu de la rue	139
4.10	Prévention et réduction des risques auprès des personnes âgées	145
4.11	Prévention et réduction des risques auprès des femmes enceintes et allaitantes	150
4.12	Prévention et réduction des risques auprès des personnes racisées et des personnes migrantes	157
4.13	Prévention et réduction des risques auprès des travailleuses et travailleurs du sexe	162
4.14	Prévention et réduction des risques auprès des personnes LGBTQI+	166
5	ENJEUX ET PERSPECTIVES	174

AVANT-PROPOS

Le travail d'Eurotox consiste à améliorer la compréhension du phénomène de l'usage des drogues en Wallonie et à Bruxelles. L'objectif est d'informer au mieux les acteurs de terrain, les administrations, les politiques et les médias sur les aspects socio-épidémiologiques, sanitaires, légaux et contribuer aux débats de société en lien avec cette problématique.

Depuis presque 20 ans, Eurotox remplit la fonction d'Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues et assure la mission de Sous-point focal du réseau REITOX (Réseau Européen d'Information sur les drogues et les toxicomanies), pour l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT ou EMCDDA en anglais). Depuis 2018, l'asbl a également été désignée comme service de support «soutien aux acteurs de prévention de l'usage de drogues et de réduction des risques» par la Commission communautaire francophone (COCOF).

Dans le cadre de ses missions, Eurotox assure le fonctionnement d'un système de collecte et d'analyse de données, et propose diverses publications, donc un annuel «Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires» (en Région de Bruxelles-Capitale et en Région wallonne, téléchargeables sur le site eurotox.org).

POURQUOI CES LIVRETS THÉMATIQUES ?

Eurotox propose des publications sous la forme de livrets thématiques afin de fournir des informations actualisées et digests relatives à un produit et/ou à une thématique spécifique en lien avec l'usage de drogues. L'idée est de faciliter la dissémination des sujets abordés, en fournissant un support informatif et opérationnel, adapté aux besoins actuels.

POURQUOI CE LIVRET SUR LES BONNES PRATIQUES DE PRÉVENTION ET DE RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS À L'ALCOOL ?

L'alcool est une des drogues les plus toxiques pour l'organisme mais également l'une des plus consommées en Europe occidentale. Parce qu'il bénéficie d'une désidéralité sociale et d'un ancrage culturel forts, l'on a tendance à oublier que l'alcool peut être à l'origine de nombreux maux psychologiques, sociaux et sanitaires.

Ce livret a pour objectif d'aborder les bonnes pratiques de prévention et de réduction des risques liés à la consommation d'alcool, c'est-à-dire les pratiques qui se fondent sur des preuves scientifiques ou un consensus d'expert-es reposant sur l'expérience de terrain. Le partage de bonnes pratiques, de leurs principes et de leurs stratégies, est important pour améliorer la connaissance, la compréhension de la prévention et de la

réduction des risques, et pour soutenir les actions de terrain. Face à la complexité de la problématique et la multiplicité des projets, le livret a été structuré en quatre parties. La première fait état du contexte socioculturel et économique dans lequel s'inscrit la consommation d'alcool, des tendances de consommation, ainsi que les conséquences socio-sanitaires liées à la consommation simple et la consommation problématique. La deuxième partie décrit les stratégies et politiques «alcool» internationales et belges. La troisième présente les bonnes pratiques en matière de politiques publique, et la quatrième développe l'une d'elles, à savoir les bonnes pratiques de prévention et réduction des risques auprès de différents milieux et publics spécifiques.

Ce livret fournit un éclairage, donne des pistes et des idées, mais il ne prétend ni être exhaustif, ni proposer des formules infaillibles. Les pratiques présentées sont étayées par des évaluations scientifiques, ou font l'objet d'un consensus, mais leur efficacité peut varier en raison du multidéterminisme propre aux comportements humains et aux spécificités individuelles. Le contexte socioculturel et politique joue également un rôle déterminant dans l'efficacité de nombreuses bonnes pratiques ; la disponibilité de l'alcool, le manque de régulation du marketing et du lobbying de l'industrie de l'alcool, ou encore l'insuffisance du soutien politique et financier des initiatives de

prévention et réduction des risques, de la part des autorités publiques, handicapent significativement la mise en œuvre et l'efficacité des bonnes pratiques.

Le présent livret n'aborde pas les aspects «soins et traitements» spécifiques à l'alcool, même si certaines parties abordent des sujets en lien direct avec le domaine du soin (notamment la détection précoce et la prévention du développement d'un usage problématique). Les lecteurs et lectrices intéressé-es par les bonnes pratiques en matière de soins sont chaleureusement invité-es à se référer au livret thématique «Soins» disponible sur le site eurotox.org et en version papier (sur demande). Ce livret n'est toutefois pas spécifique à l'alcool.

Les livrets thématiques fonctionnent en complémentarité avec la bibliothèque virtuelle interactive du site d'Eurotox, disponible sous l'onglet «Bonnes pratiques». Cette bibliothèque contient des études, des *guidelines* ainsi que des outils professionnels. Elle se veut évolutive et dynamique, grâce à la participation des différents acteurs et actrices de terrain. Le lecteur ou la lectrice sont invité-es à faire parvenir à l'équipe d'Eurotox des documents ou des projets non mentionnés afin de pouvoir actualiser la bibliothèque et de renforcer ainsi le partage de connaissances liées aux bonnes pratiques de prévention et de réduction des risques.

Ce livret cite par ailleurs quelques repères bibliographiques. Les documents disponibles sur le site d'Eurotox sont reconnaissables par le symbole ★.

Bonne lecture !

ALCOOL ET ENVIRONNEMENT SOCIOCULTUREL

L'alcool et sa consommation tiennent une place culturelle et sociale toute particulière dans nombre de sociétés. L'alcool peut être considéré comme un aliment de base dans certaines cultures, et sa consommation et production comme faisant partie intégrante de l'identité socioculturelle d'un groupe donné¹. La consommation d'alcool peut être porteuse de fortes significations symboliques, en termes de convivialité, de patrimoine matériel et immatériel, de socialisation, de plaisir ou d'hospitalité. Elle peut également être un marqueur de distinction sociale pour l'un ou l'autre groupe d'individus (une classe sociale, une région, un groupe de pairs, etc.). L'alcool constitue ou accompagne aussi beaucoup de rites et rituels liés à une fête religieuse ou païenne, un changement majeur, le début ou la fin d'une période ou d'un cycle ; il peut marquer, entre autres, l'intégration à un groupe (par exemple les baptêmes estudiantins), voire une famille (notamment par le mariage), l'entrée dans l'âge adulte ou dans une vie sexuelle active, la réussite

d'examens, l'initiation au patrimoine gastronomique local, la fin de la moisson, la fin de l'hiver, le départ en pension, ou encore la fin d'une semaine de travail. La consommation d'alcool au sein d'une population donnée à un moment donné est déterminée par la relation dynamique entre la demande et l'offre d'alcool. Si l'on prend la dynamique dans sa forme la plus simple, le désir ou l'envie d'alcool détermine la demande, qui stimule l'offre (qui repose sur la motivation de générer du profit). À leur tour, les vendeurs et producteurs stimulent la demande afin d'augmenter leurs profits. Toute une série de variables intermédiaires interviennent dans la relation entre offre et demande, dont une partie relève de l'environnement (voir tableau)². L'environnement socioculturel influence directement, sans être unilatéral et déterministe, les croyances individuelles relatives à l'alcool, la disponibilité de celui-ci, et donc sa désirabilité sociale et le niveau de consommation. Les discours et représentations largement diffusés et partagés au sein de la société belge sculptent notamment la tolérance générale vis-à-vis de la consommation d'alcool, les attentes en termes d'effets (désinhibition, excitation sexuelle, détente, plaisir, courage,

etc.) et les comportements de pression à la consommation.

Ce contexte socioculturel favorable à la consommation d'alcool est renforcé par les motivations mercantiles des alcooliers. La production d'alcool est très ancrée économiquement et génère énormément de profits. Ce profit se fait cependant aux dépens de la santé de la population et les effets négatifs de la consommation d'alcool coûtent cher à la société^{3,4}. L'industrie de l'alcool joue un rôle central dans la définition de l'environnement dans lequel les individus construisent leurs représentations et adoptent des pratiques liées à l'alcool. Ceci est d'autant plus vrai que la production industrielle grandit, que les nouveaux produits prolifèrent (les alcopops et les boissons énergisantes, notamment), et que les techniques marketing se développent et se sophistiquent toujours plus. Le marché mondial est dominé par quelques grosses marques dont la taille et la rentabilité leur permettent de mobiliser de larges ressources afin de protéger et promouvoir leurs intérêts, augmenter la disponibilité de l'alcool et contrer l'adoption de restrictions⁵.

1 Sornpaisarn B, Shield KD, Österberg E, Rehm J, editors (2017). Resource tool on alcohol taxation and pricing policies. Geneva: World Health Organization.

2 Van Havere, T., Dirckx, N., Vander Laenen, F., De Clercq, B., Buijs, T., Mathys, C., van Praet S., Deforche B., El Houti, A., Van Damme, J., Van der Kreeft, P., & Lemaître A. (2017). The Law of 2009 concerning the selling and serving of alcohol to youths: from state of the art to assessment. Final Report. Brussels : Belgian Science Policy, 239p.

3 Babor T. et al. (2010). Alcohol: no ordinary commodity. Research and Public Policy. Oxford, Oxford University Press.

4 Lievens, D., Vander Laenen, F., Verhaeghe, N., Schils, N., Putman, K., Pauwels, L., Hardyns, W., & Annemans, L. (2016). The social cost of legal and illegal drugs in Belgium. Antwerpen: Maklu.

5 Babor T. et al. (2010). Op. cit.

DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Normes sociales	Les normes sociales ont un impact sur la consommation d'alcool ; globalement, plus la consommation d'alcool ou certaines habitudes de consommation (modérée, excessive, ivresse, abstinence, etc.) sont négativement jugées par un groupe donné, plus elles sont faibles. Il est courant que les normes sociales dominantes soient édictées sous forme de lois ou de règlements (âge minimum, disponibilité de l'alcool, etc.).
Contexte de consommation	Le contexte de consommation fait référence à trois idées principales : où est-ce que la personne boit, avec qui et pourquoi. Le contexte a une influence significative sur la consommation d'alcool et les risques liés à celle-ci (il s'agit notamment du niveau de confort, de la musique forte, de la pratique de présoirées, de l'accès à la nourriture, de la formation du personnel de service, etc.).
Normes genrées	Les normes genrées ont également un impact sur la consommation d'alcool. Dans la plupart des sociétés, les hommes boivent davantage d'alcool que les femmes. Certaines habitudes de consommation sont également plus acceptées lorsque pratiquées par des hommes (notamment la consommation excessive ou le <i>binge drinking</i>). De même, le traitement et la stigmatisation des usager-es problématiques diffèrent entre les hommes et les femmes⁶. Enfin, les rôles sociaux genrés peuvent interférer sur d'autres facteurs qui jouent sur la consommation d'alcool (l'éducation, l'emploi, le contrôle parental, le rapport aux émotions, etc.).
Marketing des alcooliers	Le marketing alcoolier agit sur les croyances et attitudes liées à l'alcool, augmentant ainsi l'attractivité et la demande d'alcool. Plusieurs études rapportent un lien positif entre l'exposition à la publicité et la consommation d'alcool chez les jeunes.
Disponibilité de l'alcool	La disponibilité comprend trois sous-domaines : la disponibilité en vente au détail (commerces, bars, restaurants, internet, night shops, etc.), sociale (via des pairs majeurs ou des adultes complices) et économique (c'est-à-dire le prix). Plus l'alcool est facile d'accès, pratique et bon marché, plus la consommation d'alcool chez les mineur-es et les conséquences sanitaires associées sont élevées. Parallèlement, chez les jeunes personnes, plus la disponibilité perçue est grande, plus le sentiment d'approbation sociale est fort ; et plus ce sentiment est fort, plus le niveau de consommation est élevé.
Politiques publiques d'application de la loi	Les politiques d'application ou de renforcement influencent la connaissance et le respect de la loi, et donc la disponibilité de l'alcool et les normes sociales. Elles prennent généralement la forme de contrôles accrus et de sanctions plus dures à l'encontre de celles et ceux qui ne respectent pas la loi.
Milieu de vie et inégalités sociales	Les conditions dans lesquelles un individu naît, grandit, vit et travaille se divisent entre facteurs de risque et facteurs de protection. Ceux-ci influencent les habitudes de consommation d'une personne et la vulnérabilité de celle-ci face aux risques liés à l'alcool. Or, les facteurs de risque et de protection sont inégalement répartis au sein de la population, en fonction du statut socio-économique des individus.

En Occident, cet environnement socioculturel historiquement favorable à la disponibilité de l'alcool et la désirabilité de sa consommation, agrémenté du poids économique de l'industrie alcoolière, tend à complexifier la mise en place de politiques de santé publique efficaces, qui viseraient la réduction des risques et effets négatifs liés à la consommation d'alcool. Il faut cependant garder à l'esprit que les pratiques

de consommation sont parfaitement modifiables dans un environnement propice au changement.

.....
⁶ Les femmes souffrent souvent d'une stigmatisation plus forte, en particulier lorsqu'elles sont mères ou en âge de procréer.

Les normes sociales sont intimement liées à la définition et la perception de l'usage «normal» et de l'usage «déviant». Elles s'accompagnent de sanctions positives ou négatives, qui renforcent les comportements «normaux» ou punissent les comportements «déviant». Elles peuvent varier d'une société à l'autre, d'un groupe à l'autre au sein d'une même société, et dans le temps. Dans une société où la consommation d'alcool bénéficie d'une acceptabilité certaine, les personnes qui ont une consommation problématique sont considérées comme «hors norme» ou «déviantes» ; et bien souvent, une telle «déviance» est attribuée à des particularités individuelles, faisant dès lors reposer l'entière responsabilité d'une consommation problématique sur l'individu.

Toutefois, une telle approche nie la complexité d'un contexte où la disponibilité, l'accessibilité et la désirabilité de l'alcool sont fortes, où les industries de l'alcool investissent énormément de moyens dans le marketing et le lobbying, et où, au final, la consommation d'alcool est normalisée voire banalisée. La rhétorique de la responsabilité individuelle passe également sous silence le rôle du contexte socio-économique qui distribue inégalement au sein de la population les facteurs de risque et de protection qui influencent la marginalisation des individus. Les ressources à disposition (telles que le capital économique et le capital social) et la conformité aux normes dominantes (en termes d'orientation sexuelle, d'appartenance ethnique, de genre, de santé) ont en effet un impact sur la propension à être qualifié-e de déviant-e et à en subir les conséquences négatives.

RÔLES GENRÉS ET USAGE D'ALCOOL

Les hommes consomment généralement davantage d'alcool que les femmes⁷. Ceci s'explique en partie par des caractéristiques biologiques (voir chapitre 1.5), mais également par des facteurs sociaux et culturels. Le genre est une construction sociale des rôles, responsabilités, attitudes, activités et qualités considérés comme appropriés, désirables ou déviants selon le genre attribué à la naissance (généralement, mais pas toujours, basé sur le sexe biologique). Cette notion fait également référence aux pouvoirs et privilèges distribués inégalement entre les hommes et les femmes au sein d'une société donnée à un moment donné, généralement au

détriment des femmes et des personnes ne correspondant pas aux normes genrées (minorités sexuelles, personnes transgenres, etc.). La littérature scientifique montre que les pays les plus égalitaires sont aussi ceux dans lesquels la consommation des femmes tend à rejoindre celle des hommes. Les différences de niveau de consommation entre hommes et femmes reflètent souvent les rôles genrés et les attentes culturelles. La consommation d'alcool est généralement associée à des valeurs valorisantes pour les hommes (démonstration de virilité et/ou de force, prise de risque, etc.), ce qui peut les motiver davantage à boire. La consommation féminine, quant à elle, est limitée par les rôles et responsabilités que la société leur attribue, tout particulièrement celles liées au *care* (s'occuper des autres, notamment de leur partenaire et de leurs enfants). Leur consommation est également freinée par la croyance que boire nuit à

leur comportement social et à leur capacité à assumer leurs responsabilités et à contrôler leur sexualité. Il est aussi souvent attendu des femmes qu'elles contrôlent la consommation de leur partenaire masculin et compensent leurs carences. Les femmes qui consomment de l'alcool sont plus susceptibles d'arrêter ; ceci peut être lié à un niveau de consommation généralement plus bas, à leurs rôles sociaux et au fait que certaines d'entre elles ne recommencent pas à consommer après une grossesse (ou consomment moins)⁸.

7 Il convient toutefois de nuancer cette affirmation qui ne s'applique pas aux personnes LGBTQI+ (voir chapitre 4.14).

8 Hughes, T. L., Wilksnack, S. C., & Kantor, L. W. (2016). The Influence of Gender and Sexual Orientation on Alcohol Use and Alcohol-Related Problems: Toward a Global Perspective. *Alcohol research : current reviews*, 38(1), 121-132.

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET USAGE (PROBLÉMATIQUE) D'ALCOOL

La santé est déterminée par une multitude de facteurs individuels et environnementaux, notamment le genre, l'âge, le revenu, l'héritage génétique et familial, le niveau d'étude, le logement, les conditions sociales, l'accès aux soins de santé, etc. Les forces politiques, économiques et sociales en action au sein d'une société forgent une répartition inégale du pouvoir, des revenus, des biens et services, et, conséquemment, des facteurs de risque ou de protection de la santé. Les facteurs favorisant une vie en pleine santé ou, au contraire, l'exposition et la vulnérabilité aux comportements et conditions de vie dommageables à celle-ci, sont systématiquement distribués de manière inégale au sein de la population et suivent le gradient social ; autrement dit, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est susceptible d'être en mauvaise santé. C'est cette répartition inégale, systématique et injuste des différences de santé que l'on appelle les inégalités sociales de santé.

De manière générale, chaque individu est exposé à un ensemble de facteurs de risque et de protection, endogènes et exogènes, qui entrent en interaction et peuvent accentuer ou diminuer le niveau de consommation d'alcool et le risque de développer un usage problématique. Or ces facteurs, et les ressources pour

L'INTERSECTIONNALITÉ

Si appréhender les inégalités sociales de santé selon le statut socioéconomique et les rapports entre classes sociales est central, d'autres éléments interviennent et méritent une attention particulière. Les expériences de discriminations basées sur le genre (à l'encontre des femmes et des personnes non-cisgenres⁹), la couleur de peau, l'orientation sexuelle (non-hétérosexuelle), le handicap, l'origine ethnoculturelle ou encore la religion (réelles ou supposées) jouent en effet un rôle dans la consommation (problématique) de substances psychoactives, l'accès aux soins, le recours aux services d'aide et d'accompagnement ou encore le recours aux droits sociaux.

La santé et la répartition des risques (légaux, sociaux, sanitaires) liés à la consommation de drogues légales et illégales sont influencées par les déterminants sociaux et structurels relatifs aux rapports de domination reposant sur les classes sociales, le racisme, la xénophobie, l'hétéronormativité, le validisme (c'est-à-dire les discriminations envers les personnes souffrant d'un handicap), ou encore le patriarcat. Ces différentes formes de domination et de discrimination se cumulent et se renforcent les unes les autres ; c'est ce phénomène que décrit la notion d'intersectionnalité.

L'impact de ces différentes formes de discrimination sur la santé, la consommation d'alcool et l'accès aux services de prévention et de réduction des risques sont abordés au sein du chapitre 4.

contrebalancer le poids des facteurs de risque, sont inégalement répartis en sein de la population. Dès lors, les risques et conséquences sociales, pénales et sanitaires liés à l'usage d'alcool ou l'usage problématique d'alcool sont distribués différemment selon le statut socio-économique des individus (SSE).

La relation entre SSE et usage d'alcool est résolument complexe et dépend d'autres facteurs tels que le genre, l'âge, le métier, le statut marital, etc. D'autant plus complexe

que le SSE n'est pas systématiquement évalué sur base des mêmes indicateurs d'une étude à l'autre¹⁰. Ce que la recherche permet toutefois d'établir, c'est que 1) les personnes les plus défavorisées sont plus souvent abstinentes et 2) les dommages et conséquences négatives liées à la consommation d'alcool sont plus fréquents et plus lourds pour les personnes ayant un SSE faible.

⁹ Le terme cisgenre désigne une personne dont l'identité de genre (comment elle s'identifie) correspond à son sexe biologique et au genre qui lui a été attribué à la naissance.

¹⁰ Selon les études, en effet, le SSE est déterminé par un ou plusieurs critères, dont : le niveau d'enseignement terminé, le statut professionnel/occupationnel, la source principale de revenu, la situation financière (patrimoine, dettes), etc.

DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL^{11,12}

Facteurs de protection	Facteurs de risque
CONTEXTE SOCIOÉCONOMIQUE, CULTUREL ET ENVIRONNEMENTAL	
› Restriction voire interdiction de la publicité › Disponibilité restreinte de l'alcool › Instauration d'un âge minimum légal › Culture dévalorisant la consommation d'alcool › Politiques publiques veillant à ne pas renforcer les inégalités sociales (y compris de genre)	› Marketing et publicité des alcooliers (valorisation des produits et de leur consommation) › Forte disponibilité de l'alcool › Faible coût de l'alcool › Banalisation de la consommation d'alcool › Société inégalitaire et discriminante
STATUT SOCIOÉCONOMIQUE	
› Statut socioéconomique élevé (moindres dommages et conséquences) › Statut socioéconomique faible (davantage d'abstinence)	› Statut socioéconomique faible (davantage de dommages et conséquences) › Absence de domicile fixe
RÉSEAUX SOCIAUX ET COMMUNAUTAIRES	
› Réseau social fort (soutien) › Pratique pieuse d'une religion* › Participation à la vie associative › Insertion professionnelle › Engagement dans des activités structurées (sport, musique, quartier, etc.)	› Exclusion sociale/marginalisation › Pairs consommateurs › Valorisation des pairs consommateurs intensifs › Conditions de travail difficiles (stress, pénibilité physique)
MILIEU FAMILIAL	
› Structure familiale pendant l'enfance ou l'adolescence › Liens forts au sein de la famille › Participation aux activités familiales › Stabilité au sein du couple	› Manque d'affection parentale ou perception d'un rejet parental › Famille dysfonctionnelle › Manque de soutien ou de supervision parentale › Rupture/divorce › Violences intrafamiliales › Parents consommateurs (problématiques) › Frères et sœurs aînés consommateurs › Célibat

.....

11 Il faut noter que, si nous ne faisons pas la distinction ici, certains facteurs peuvent remplir un rôle de différente intensité selon le genre des individus. De plus, l'influence des différents facteurs change significativement d'un âge à l'autre.

12 Van Haverre et al. (2017), op. cit. ; Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Lengagne P. (2008).

.....

Prévalence et facteurs socio-économiques associés aux problèmes d'alcool en population générale en France. IRDES, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, rapport n°541, avril. ; ICAP (2009). Determinants of drinking. International Center for Alcohol Policies, Washington ; Roche A. Kostadinov V., Fisher J., Nicholas R. (2015). Evidence review: The social

.....

determinants of inequities in alcohol consumption and alcohol-related health outcomes. Victorian Health Promotion Foundation. Australia : Victoria. ; Mette, C. (2017). «Conditions de travail, emploi et consommation d'alcool : quelles interactions en France ?», *Travail et Emploi*, 151 | 2017, 75-99.

DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL (SUITE)

Facteurs de protection	Facteurs de risque
INDIVIDU	
➤ Prédispositions génétiques** ➤ Biologie féminine (les femmes ayant une sensibilité physiologique supérieure à l'alcool que les hommes, elles tendraient à moins consommer) ➤ Introduction à l'alcool dans un contexte familial ➤ Entrée dans l'âge adulte (prise de responsabilités) ➤ Perception positive de sa capacité à refuser de l'alcool ➤ Socialisation genrée «traditionnellement» féminine (modération, féminité, discipline, etc.) ➤ Compétences psychosociales (esprit critique, résistance aux influences, etc.) ➤ Influence des pairs ➤ Confiance en soi ➤ Événements de vie stressants (en termes de santé) ➤ Traits de personnalité (combativité) ➤ Nature des motivations à consommer (sociale, conformité) ➤ Attentes négatives vis-à-vis de la consommation d'alcool	➤ Prédispositions génétiques** ➤ Biologie féminine (les femmes sont davantage vulnérables aux conséquences et effets néfastes liés à la consommation d'alcool) ➤ 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) ➤ Âge (les jeunes personnes sont plus susceptibles d'avoir des comportements de consommation extrêmes) ➤ 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) ➤ Exposition précoce à l'alcool*** ➤ Socialisation genrée «traditionnellement» masculine (prise de risque, injonction à la virilité, etc.) ➤ Surestimation de la consommation des pairs ➤ Parcours scolaire chaotique ou sortie précoce de l'école ➤ Faible confiance en soi ➤ Événements de vie stressants (victime d'un crime, passage à la pension) ➤ Santé mentale (anxiété, dépression, prédisposition au stress, schizophrénie, troubles bipolaires, etc.) ➤ Stress ➤ Traits de personnalité (prise de risque, impulsivité, recherche de sensations, etc.) ➤ Nature des motivations à consommer (affronter, gérer ses problèmes) ➤ Appartenance à une minorité (orientation sexuelle, genre, religion, couleur de peau, etc.) ➤ Attentes positives vis-à-vis de la consommation d'alcool ➤ Disponibilité subjective forte (alcool est perçue comme facilement obtainable) ➤ Consommation d'autres drogues (tabac, médicaments psychotropes)
* De manière générale, la pratique d'une religion est associée avec une moindre consommation d'alcool¹³. 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 problématique¹⁴.	** 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. *** 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.

13 Fearer SA (2004). Examining the role of social cognitive constructs in religion's effect on alcohol use (doctoral dissertation). Blacksburg (VA): Virginia Tech.

14 Braun B., Weinland C., Kornhuber J., Lenz B. (2018). Religiosity, Guilt, Altruism and Forgiveness in Alcohol Dependence: Results of a Cross-sectional and Prospective Cohort Study. *Alcohol Alcohol*, 53.

En effet, si de telles données sont lacunaires en Belgique, les statistiques de pays voisins donnent un aperçu de la répartition inégale des risques et conséquences néfastes de la consommation (abusive) d'alcool selon le SSE et le genre. Au Royaume-Uni, le taux de décès liés à une consommation nocive d'alcool est de 7,3 pour 100.000 au sein de la catégorie socio-professionnelle la plus haute, contre 29,5 au sein de la plus basse¹⁵. Et la différence entre les genres (les femmes étant généralement moins concernées) tend à s'amenuiser dans les catégories les plus hautes. En France, les hommes sont 2,6 fois plus concernés par le risque d'alcoolisation excessive que les femmes. De plus, la consommation à risque chronique concerne davantage les chômeurs, les hommes employés de commerce ou agriculteurs.

La consommation à risque ponctuelle touche quant à elle particulièrement les cadres et professions intellectuelles, et les professions intermédiaires¹⁶.

Contrairement aux adultes, le statut socioéconomique (des parents) a un faible impact sur le niveau de consommation d'alcool des adolescent·es. D'autres facteurs semblent en effet avoir davantage de poids, notamment la qualité des relations aux pairs et au sein de la famille. Toutefois,

certaines études font le lien entre le risque de consommer régulièrement de l'alcool et le parcours scolaire : les jeunes sortis précocement du système scolaire ou ayant un parcours scolaire chaotique, et qui se trouvent dans des filières courtes ou professionnelles, sont davantage à risque que les jeunes scolarisés en filière classique (en France)¹⁷.

.....
15 Cour des comptes de France (2016) Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. Rapport public thématique.

16 COM-RUELLE, Laure et CÉLANT, Nicolas. IRDES, Évolution de la prévalence des différents profils d'alcoolisation chez les adultes en France de 2002 à 2010, *BEH 16-17-18*, mai 2013, InVS. L'évaluation de la consommation de la population étudiée a été réalisée au moyen du test AUDIT-C ; mis au point par l'OMS et adapté pour la France, AUDIT-C est un outil de repérage et de mesure de la consommation à risque.

.....
17 LEGLEYE, S, BECK, F, SPILKA, S, Le NEZET, O. *Drogues à l'adolescence en 2005. Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France*. Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD. Paris, ODFI, 2007 ; Ces données n'ont pas d'équivalent en Belgique.

CLASSIFICATION DES USAGES ET NORMES DE CONSOMMATION

Il existe plusieurs classifications internationales pour décrire les usages d'alcool telles que celle du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) de l'Association américaine de psychiatrie, ou de la Classification des maladies et des problèmes de santé de l'Organisation mondiale de la santé (CIM-10). Ces classifications se centrent principalement sur les formes d'usage pathologique. Nous nous référerons plutôt ici à la classification proposée par la Société française d'alcoologie¹⁸. Il s'agit d'une typologie comportementale qui représente les différentes formes d'usage d'alcool sur un continuum de sévérité, sans poursuivre explicitement des objectifs nosographiques mais en visant plutôt à faciliter le repérage précoce des comportements d'alcoolisation à risque, généralement « oubliés » par les classifications médicales officielles. Cette classification distingue les formes suivantes de rapport à l'alcool :

NON-USAGE D'ALCOOL

Le non-usage désigne l'absence de consommation d'alcool (on parle généralement d'abstinence). Il peut être temporaire, durable, ou définitif. Il peut être qualifié de primaire (non-usage initial) ou secondaire (abstinence après un mésusage).

USAGE SIMPLE

Il s'agit d'une consommation ponctuelle ou régulière et asymptomatique de quantité modérée d'alcool (pas plus de 21 verres par semaine pour les hommes et de 14 verres pour les femmes, avec au minimum un jour d'abstinence hebdomadaire¹⁹). L'usage peut être expérimental, occasionnel, intermittent, périodique, régulier ou continu.

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, l'usage nocif et la dépendance.

Usage à risque

L'usage à risque caractérise toute conduite d'alcoolisation, ponctuelle ou régulière, sans dommage apparent mais susceptible d'en provoquer à court, moyen ou long terme. Deux types d'usage à risque peuvent

être distingués, en fonction du caractère immédiat ou différé du risque :

- On parlera de surconsommation (ou consommation chronique à risque) lorsque les quantités consommées chaque semaine sont supérieures aux seuils recommandés par la Société française d'alcoologie²⁰ (seuils indûment attribués à l'OMS), à savoir 21 verres standards par semaine pour les hommes et 14 pour les femmes, avec au minimum un jour d'abstinence hebdomadaire).
- On parlera de consommation ponctuelle à risque lorsque la quantité d'alcool consommée en une seule occasion est importante (comme c'est le cas lors du *binge drinking*) ou lorsque la consommation est associée à une situation à risque (e.g. conduite d'un véhicule, consommation combinée d'autres substances) et/ou un risque individuel particulier (e.g. maladie pour laquelle l'usage d'alcool est vivement déconseillé).

Usage nocif

L'usage nocif et la dépendance à l'alcool sont les deux formes de mésusage que l'on retrouve dans les classifications internationales (CIM-10, DSM-IV). L'usage nocif caractérise une consommation d'alcool, sans dépendance, ayant des conséquences physiques, psychiques ou sociales. Selon la CIM-10, l'usage nocif est un mode de consommation d'une durée minimale de 12 mois qui est préjudiciable à la santé, souvent (mais pas systématiquement) accompagné de conséquences sociales, et occasionnant des complications physiques

18 Société française d'alcoologie (2015). Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Alcoologie et Addictologie, 37, 5-84

19 À noter que ces seuils ont récemment été revus à la baisse, notamment par l'agence Santé Publique France ainsi que, en Belgique, par le Conseil Supérieur de la Santé, suite à des publications d'études épidémiologiques suggérant qu'une quantité d'alcool supérieure à 10 verres par semaine représente déjà un risque pour la santé.

20 Société Française d'Alcoologie (2003). Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque, usage nocif. Recommandations de la SFA 2003. Alcoologie et Addictologie, 25 1-92.

ou psychiques. Selon le DSM-IV²¹, on peut parler d'usage nocif (abus) lorsqu'au moins une des conséquences négatives suivantes s'est manifestée au cours des 12 derniers mois :

- Consommation d'alcool persistante, en dépit de problèmes interpersonnels et sociaux,
- Difficulté ou incapacité à remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou en famille,
- Usage d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux,
- Problèmes judiciaires liés à l'absorption d'alcool.

Dépendance à l'alcool

L'usage d'alcool avec dépendance (ou alcoolodépendance) ne se définit ni par la quantité consommée ni par la fréquence de consommation, qui peuvent varier grandement d'une personne à l'autre. Selon la CIM-10, il s'agit d'un syndrome dont le diagnostic s'appuie sur les critères suivants²² :

- 1) Un désir puissant de consommer de l'alcool
- 2) Une difficulté à contrôler la consommation
- 3) Une poursuite de la consommation en dépit des conséquences négatives qu'elle engendre

21 Le DSM-V a depuis lors remplacé les troubles d'abus d'alcool et de dépendance à l'alcool par un seul trouble d'utilisation de l'alcool, composé de 11 critères diagnostics. Le trouble est qualifié de léger, modéré ou sévère en fonction du nombre de critères rencontrés. <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/alcohol-use-disorder-comparison-between-dsm>

22 Organisation mondiale de la santé (1994). *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-10).

- 4) L'abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de la consommation
- 5) Une tolérance accrue aux effets de l'alcool
- 6) L'apparition d'un syndrome de sevrage physique lorsque la consommation cesse.

Le diagnostic d'alcoolodépendance est posé lorsqu'au moins trois de ces critères ont été mis en évidence au cours des 12 derniers mois.

LES NOUVEAUX REPÈRES DE CONSOMMATION D'ALCOOL À MOINDRE RISQUE

On attribue habituellement la genèse des recommandations en matière de consommation d'alcool raisonnée ou à moindre risque à l'Organisation Mondiale de la Santé. Toutefois, les seuils proposés par l'OMS (voir tableau) étaient à l'origine des outils méthodologiques pour les études épidémiologiques et n'avaient dès lors pas pour dessein de servir de seuils de consommation pour la population générale. De plus, les repères pour la consommation diffusés historiquement et actuellement par la France, la Belgique ou encore la Grande-Bretagne sont généralement plus sévères que ceux de l'OMS²³.

SEUILS DE RISQUE DE CONSOMMATION D'ALCOOL SUR UN JOUR UNIQUE, EN GRAMME D'ALCOOL PUR

	Hommes	Femmes
Risque faible	1 à 40g	1 à 20g
Risque moyen	41 à 60g	21 à 40g
Risque élevé	61 à 100g	41 à 60g
Risque très élevé	101g et plus	61g et plus

Source : International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm, OMS, 2000.

23 Belgherbi S., Mutatayi C., Palle C. (2015). *Les repères de consommation d'alcool : les standards mis en question*, Note 2015-03, Observatoire français des drogues et des toxicomanies. France : Saint-Denis.

De nombreux pays ont établi des repères de consommation d'alcool à moindre risque. Les seuils préconisés varient d'un pays à l'autre, et sont alternativement exprimés en «verres standards», en «unités standards» ou en «grammes d'alcool pur», ce qui peut être une source de confusion pour les consommateurs. Généralement, l'on considère qu'un verre standard contient 10 grammes d'alcool pur. Ces normes présentent un autre inconvénient : elles peuvent donner une vision binaire du risque associé à l'alcool (risqué/non-risqué), alors que les données scientifiques démontrent qu'un usage régulier d'alcool, même modéré, présente des risques pour la santé.

Par conséquent, plusieurs autorités de santé considèrent que les normes de consommation d'alcool à faible risque devraient être inférieures à ce qui est actuellement proposé, en particulier en

raison du risque de cancer qui a été sous-estimé. En Europe, plusieurs pays ont donc revu leurs repères à la baisse.

En France, l'Institut national du cancer et l'Agence nationale Santé Publique préconisent, depuis 2017, de nouvelles valeurs repères uniques pour les hommes et les femmes adultes :

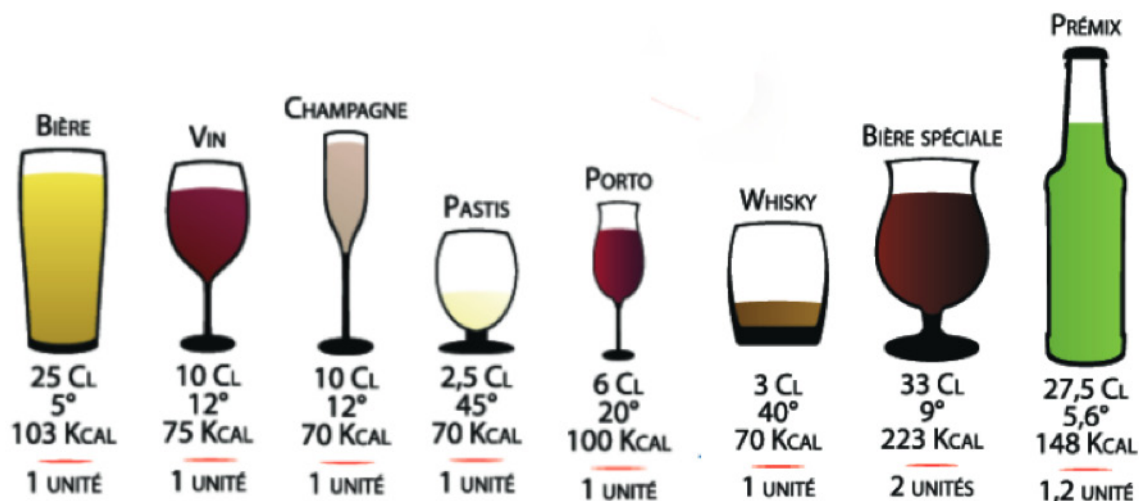
- Ne pas consommer plus de 10 verres standards par semaine et pas plus de 2 verres par jour
- Ne pas consommer d'alcool tous les jours afin de limiter les risques pour la santé
- Réduire sa consommation d'alcool à chaque occasion, boire lentement, en mangeant et en alternant avec de l'eau.

Au Royaume-Uni en 2016, pour la première fois en vingt ans, les autorités de santé ont édicté de nouvelles normes plus restrictives. La limite qui était fixée à 21 unités d'alcool

par semaine pour les hommes a été abaissée à 14 unités. Cette recommandation vaut désormais aussi pour les femmes adultes. Les femmes enceintes sont invitées à une abstinence totale d'alcool. Il est également conseillé d'observer plusieurs jours sans alcool par semaine et d'éviter l'absorption massive d'alcool en un ou deux jours, ou en une seule occasion.

En Belgique, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) préconise, depuis 2018, de nouveaux seuils de consommation revus à la baisse. Il recommande de ne pas dépasser 10 unités standards d'alcool réparties sur la semaine, avec des jours sans alcool. Le CSS rappelle que certains groupes de la population ne doivent pas consommer d'alcool : par exemple, les jeunes de moins de 18 ans, ainsi que les femmes allaitantes, enceintes ou souhaitant le devenir.

Figure 1 : Verres standards d'alcool (= 1 unité d'alcool par verre = 10 grammes d'alcool pur par verre)



Source : Observatoire de la santé du Hainaut

PANORAMA ET ANALYSE DES TENDANCES EN MATIÈRE DE CONSOMMATION D'ALCOOL DANS LE MONDE ET EN BELGIQUE

Le niveau mondial de consommation d'alcool par an par habitant (15 ans ou plus) est passé de 5,5 litres d'alcool pur en 2005 à 6,4 litres en 2010²⁴. En 2016, il se situe à 6,4 litres d'alcool pur par adulte, avec des variations considérables entre les régions²⁵.

CONSOMMATION D'ALCOOL EN EUROPE

La Région européenne occupe le premier rang mondial en termes de consommation d'alcool par adulte, avec une moyenne de consommation annuelle estimée à 12,5 litres d'alcool pur en 2010²⁶. Le niveau de consommation le plus élevé se situe en Europe du Centre-Est et de l'Est. La moyenne de consommation d'alcool par habitant est restée stable en Europe au cours des dix

dernières années. Toutefois, elle a augmenté dans les pays nordiques et en Europe de l'Est, alors qu'elle a diminué en Europe de l'Ouest et du Sud.

L'INITIATIVE RARHA (REDUCING ALCOHOL RELATED HARM)

Cofinancée par l'Union européenne, RARHA est une initiative visant à soutenir la capacité des États à réduire les dommages liés à l'alcool. Ce projet est centré sur trois priorités :

- Développer une méthodologie commune d'enquête sur la consommation d'alcool et ses conséquences ;
- Identifier des principes communs pour formuler et diffuser des repères de consommation d'alcool à faible risque²⁷ ;
- Faciliter les échanges de bonnes pratiques entre États membres²⁸.

L'un des volets du projet a consisté à collecter des données comparables entre États membres, en s'appuyant sur une enquête standardisée (Standardised European Alcohol Survey, SEAS)²⁹ menée en 2015 dans 19 pays européens. La Belgique ne figure pas parmi ceux-ci.

- <http://www.rarha.eu>

CONSOMMATION D'ALCOOL EN BELGIQUE

En 2015, en Belgique, le nombre de litres d'alcool pur vendu par habitant de 15 ans ou plus était de 10,4 litres. Cela correspond à environ 2 verres standard par jour par habitant. Cette moyenne doit être relativisée par le fait qu'elle ne tient pas compte des achats transfrontaliers ni de l'existence d'une proportion de non-consommateur-rices ou de consommateur-rices occasionnel-les. Autrement dit, les buveurs d'alcool consomment en moyenne plus que 2 verres par jour.

Bien qu'une diminution encourageante soit observée au niveau de certains indicateurs, la consommation d'alcool reste élevée en Belgique, comme dans de nombreux pays européens. L'un des enjeux majeurs consiste à réduire la consommation excessive d'alcool dans la population générale, jeune et adulte : en 2018³⁰, 14 % des Belges ont déclaré consommer chaque semaine plus de 10 unités d'alcool, et 8 % consomme au moins une fois par semaine 6 unités d'alcool ou plus au cours d'une même occasion.

Les autres principaux résultats de la dernière enquête de santé menée au niveau national (HIS) en Belgique en 2018 auprès de la population générale sont les suivants³¹ :

24 WHO (2018). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization.

25 WHO (2018). *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization.

26 Moeller, Lars, Galea, Gauden & World Health Organization. Regional Office for Europe. (2012). *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches*/edited by Peter Anderson, Lars Moeller and Gauden Galea. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

27 Montonen, M., Mäkelä, P., Scafato, E. et Gandin, C. (2016). Good practice principles for low risk drinking guidelines, Helsinki, National Institute for Health and Welfare (THL).

28 Rados, S. et Misic, J. (2016), Public awareness, school-based and early interventions to reduce alcohol related harm. A tool kit for evidence-based good practices, Ljubljana, National Institute of Public Health.

29 Moskalewicz, J., Room, R., Thom, B. (2016). Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report, RARHA (Reduction of Alcohol Related Harms).

30 Voir Gisle, L., Demarest, S., & Drieskens, S (2019). Enquête de santé 2018 : Consommation d'alcool. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2019/14.440/65.

31 Institut scientifique de santé publique. Enquête de santé 2013. Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie. URL: https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/AL_FR_2013.pdf

- › 77 % de la population belge (15 ans et plus) consomment de l'alcool (83 % des hommes et 70 % des femmes). Ce pourcentage est en diminution par rapport à 2013 (-5 %) alors qu'il était relativement stable avant cette période (entre 81 % et 84 %);
 - › L'âge moyen de début de la consommation était constant entre 2008 et 2013 (18 ans et 3 mois) mais il a diminué en 2018 (17 ans et 8 mois); la consommation commence donc plus précocement.
 - › 50 % des Belges consomment de l'alcool au moins une fois par semaine (60,5 % des hommes et 41 % des femmes). Ce taux a baissé par rapport à 2008 (59 %);
 - › 10 % des Belges consomment de l'alcool chaque jour (13,5 % des hommes et 6 % des femmes), un usage quotidien en diminution par rapport à 2013 (14 %);
 - › La surconsommation d'alcool (consommation hebdomadaire de plus de 21 verres pour les hommes et de 14 verres pour les femmes) concerne 6 % de la population belge (7,5 % des hommes et 4 % des femmes), ce qui est moins qu'auparavant (9 % en 2001 et en 2004, 8 % en 2008);
 - › La proportion d'usager-es pratiquant l'hyperalcooolisation³² au moins une fois par semaine s'élève à 8 % (12 % des hommes et 4 % des femmes), ce qui est stable par rapport aux enquêtes précédentes;
 - › La proportion de consommateur-rices qui aurait déjà eu un épisode d'usage problématique est de 15 % (19 % des hommes et 10 % des femmes), ce qui constitue une augmentation par rapport à 2004 (8 %) et même 2013 (10 %).
-
- ³² L'hyperalcooolisation est le fait de boire 6 verres de boissons alcoolisées ou plus, en une seule occasion.

SOURCES DE DONNÉES RELATIVES À LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN BELGIQUE

En Belgique, les informations relatives à la consommation d'alcool au sein de la population générale sont principalement issues de l'**Enquête de santé par interview (HIS)**. Celle-ci est pilotée tous les cinq ans par Sciensano (ancien WIV-ISP, Institut scientifique de santé publique). Les résultats de la sixième Enquête de Santé nationale datent de 2018. L'une des limites de l'enquête est qu'elle n'implique pas les personnes vivant en rue, en institution ou en prison.

- › https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/AL_FR_2018.pdf

D'autres données portant sur l'alcool proviennent d'enquêtes menées au niveau régional en milieu scolaire. La **«European School Survey on Alcohol and Drugs» (ESPAD)** est une étude européenne quadriennale menée en milieu scolaire auprès des jeunes scolarisés âgés de 16 ans. Les derniers résultats datent de 2015. Aucune donnée n'est malheureusement disponible pour la Belgique francophone, seule la Flandre participe à l'enquête.

- › <http://www.espad.org/report/home>

L'enquête **«Health Behaviour in School-Aged Children» (HBSC)** est menée tous les quatre ans au niveau international, auprès d'enfants et d'adolescent-es scolarisés en fin de primaire et dans le secondaire. Pilotée par le bureau européen de l'OMS, elle porte sur les comportements de santé, le bien-être et l'environnement social des jeunes. L'un des volets de l'enquête concerne les assuétudes. Plusieurs centaines d'écoles de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de Flandre participent à HBSC. Les données les plus récentes pour la Belgique francophone ont été collectées en 2014 par le service SIPES de l'ULB. La 11e enquête HBSC a été réalisée en 2018 et les résultats seront publiés en 2020.

- › <http://sipes.ulb.ac.be/>

LES CONSÉQUENCES SANITAIRES ET SOCIALES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL

La consommation d'alcool peut procurer du plaisir et répondre à un certain nombre de fonctions sociales, physiques et psychologiques. La consommation simple ou ponctuelle, et surtout la consommation abusive, peuvent cependant avoir des conséquences négatives, non seulement sur le plan de la santé physique et mentale, mais également en termes de sécurité publique et de vie sociale et affective.

Les dommages liés au mésusage d'alcool sont multiples : ils peuvent être directs ou indirects, immédiats ou différés, et peuvent toucher, à court ou à long terme, l'intégrité physique (e.g. coma éthylique, troubles hépatiques, cancer des voies aérodigestives, lésions corporelles suite à une chute, une bagarre, un accident de la route, syndrome d'alcoolisation fœtale), psychologique (e.g. dépendance, dépression, troubles cognitifs) et sociale (e.g. problèmes familiaux ou professionnels, réussite scolaire). La nature et la gravité des dommages dépendront toutefois grandement des quantités consommées, des circonstances de la consommation, ainsi que du capital socio-économique des individus.

LE COÛT SOCIAL DE L'ALCOOL

La consommation excessive d'alcool a un coût socio-économique élevé qui pèse à la fois sur les pouvoirs publics (prévention, soins, répression), les entreprises (perte de productivité), la société (accidents de la route, violences, famille, entourage) et les consommateurs eux-mêmes (perte de qualité de vie).

En Belgique, une étude financée par la Politique scientifique fédérale (Belspo) a été menée par l'Université de Gand afin de déterminer le coût social lié à la consommation d'alcool, de tabac, de médicaments psychoactifs et de drogues illégales en 2012. Les auteur-es ont mesuré à la fois les coûts directs³³, indirects (perte de productivité) et intangibles (perte de qualité de vie) de la consommation de psychotropes. Ils-elles estiment que le coût total s'élève à 4,6 milliards d'euros, soit 1,2 % du PIB de la Belgique. Il ressort que l'alcool à lui seul entraîne les coûts directs (45 %) et indirects (44 %) les plus élevés, soit 2,1 milliards d'euros annuellement. Quant aux coûts intangibles, exprimés en «années de vie en bonne santé perdues», ils sont principalement causés par le tabac (57 %) et l'alcool (34 %).

Les auteur-es de l'étude soulignent qu'en Belgique, seule une infime proportion des dépenses publiques est consacrée à la

prévention et à la réduction des risques. Or une prévention et réduction des risques efficaces permettraient de réduire le coût global associé à la consommation nocive de substances psychoactives³⁴.

MORTALITÉ ATTRIBUABLE À L'ALCOOL

Mortalité dans le monde et en Europe

Selon l'OMS, 3,3 millions de décès dans le monde (près de 6 % de la totalité) seraient imputables à la consommation nocive d'alcool. Dans la tranche d'âge 20-39 ans, près de 25 % du nombre total de décès sont attribuables à l'alcool³⁵.

L'Europe est la région du monde où la consommation d'alcool par habitant est la plus élevée, bien qu'il existe d'importantes disparités entre les États membres. Dans certaines régions européennes, une baisse de la consommation d'alcool a entraîné une diminution de la mortalité attribuable à l'alcool. Dans d'autres régions, la consommation d'alcool concourt jusqu'à 25 % des décès imputables à la cirrhose du foie, au cancer, aux maladies cardiovasculaires et aux traumatismes. L'OMS estime qu'en Europe, au cours des 25 dernières années (1990-2014), les décès attribuables à l'alcool ont augmenté de 4 %³⁶.

³³ Les coûts directs désignent les moyens mobilisés pour gérer les conséquences de la consommation de drogues, c'est-à-dire les mauvais états de santé, les accidents et les coûts induits par ceux-ci (hospitalisation, consommation de médicaments, visites médicales, etc.), ainsi que les délits attribuables à la consommation de produits et leurs conséquences (enquête policière, incarcération, etc.).

³⁴ Lievens, D., Vander Laenen, F., Verhaeghe, N., Schils, N., Putman, K., Pauwels, L., Hardyns, W., & Annemans, L. (2016). The social cost of legal and illegal drugs in Belgium. Antwerpen: Maklu.

³⁵ Organisation mondiale de la santé (2018). *Consommation d'alcool, principaux faits*.

³⁶ World Health Organization (2016). *Public health successes and missed opportunities. Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the WHO European Region, 1990-2014*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Mortalité en Belgique

Selon le Conseil Supérieur de la Santé, l'alcool est la 4^e cause de mortalité et de morbidité chez les adultes en Belgique³⁷. De façon générale, la mortalité et la morbidité liées à l'alcool sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes.

Selon l'Observatoire européen des systèmes de santé, plus de 1 400 personnes en Belgique sont décédées de maladies liées à l'alcool en 2014, sans compter les blessures et les morts violentes qui y sont associées³⁸.

Mortalité en Région de Bruxelles-capitale et en Wallonie

En Région bruxelloise, une étude de la Commission communautaire commune indique que le risque de décéder (y compris de manière prématurée) suite à la consommation d'alcool semble s'être fortement réduit entre 2009-2013³⁹.

Néanmoins, l'alcool reste une cause importante de décès. Selon le registre de la mortalité, on dénombre chaque année en Région bruxelloise plus de 100 décès causés exclusivement par l'alcool. Ceux-ci surviennent principalement chez les personnes âgées de 45 à 74 ans. En

Wallonie, le nombre de décès directement imputables à l'alcool s'élève à 500⁴⁰.

LES CONSÉQUENCES SOCIALES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Réussite scolaire

La consommation excessive d'alcool peut s'accompagner de troubles cognitifs (attentionnels, exécutifs et mnésiques), en particulier chez les jeunes, dont le cerveau est toujours en maturation^{41,42}. À long terme, les risques liés à une consommation excessive prolongée comprennent entre autres les problèmes relationnels, les troubles de la santé mentale et le décrochage scolaire.

Différentes études transversales et longitudinales ont établi un lien entre une consommation excessive d'alcool, d'une part, et des notes plus faibles, l'absentéisme et l'abandon des cours, de l'autre⁴³. Il faut toutefois noter que la littérature présente des résultats contradictoires. De fait, les associations entre consommation de substances psychoactives et réussite

scolaire sont encore assez mal connues, ceci s'expliquant de différentes manières. D'abord, la réussite scolaire n'est pas évaluée de manière uniforme d'une étude à l'autre et sa mesure repose bien souvent sur la seule obtention d'un diplôme, sans tenir compte de l'absentéisme, des problèmes disciplinaires ou des notes obtenues. Ensuite, la relation entre réussite scolaire et consommation de substances psychoactives est éminemment complexe ; d'ailleurs, le sens dans lequel se joue cette relation est lui-même sujet à discussions. La consommation d'alcool peut par exemple servir à gérer la pression liée à la réussite scolaire. Il faut également considérer que réussite scolaire et consommation de substances psychoactives (y compris l'alcool) partagent nombre de facteurs de risque en commun : les problèmes de santé mentale⁴⁴ ou une situation familiale instable peuvent jouer concomitamment sur le rendement scolaire et la consommation de substances. De plus, la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives peut être le symptôme de plusieurs autres problèmes qui handicapent également la réussite scolaire, notamment le manque de soutien parental, l'absence de modèle positif à suivre, ou des conditions de vie difficiles⁴⁵.

37 Conseil Supérieur de la Santé (2018). Risques liés à la consommation d'alcool. Bruxelles: CSS. Avis n° 9438.

38 OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017). *Belgique: Profils de santé par pays 2017*, State of Health in the EU, OECD.

39 Missinne S., Verduyck P., Hercot D. (2017). Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise - Maladies chroniques. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Commission communautaire commune (COCOM). Bruxelles.

40 Stévenot, C., Hogge, M. (2019) Tableaux de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en Wallonie et en Région de Bruxelles-Capitale. Bruxelles: Eurotox asbl.

41 Maurage P, Pesenti M, Philippot P, Joassin F, Campanella S. (2009). Latent deleterious effects of binge drinking over a short period of time revealed only by electrophysiological measures. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 34, 111-118.

42 Parada, M., Corral, M., Mota, N., Crego, A., Holguín, S.R., & Cadaveira, F. (2012). Executive functioning and alcohol binge drinking in university students. *Addictive Behaviors*, 37, 167-172.

43 Il est intéressant de souligner cependant que, globalement, si les résultats et l'investissement scolaires d'une jeune personne qui consomme excessivement de l'alcool baissent, ses aspirations éducatives restent quant à elles intactes.

44 Dans certaines études, les effets supposés de la consommation d'alcool sur la réussite scolaire sont atténués voire annulés une fois que l'on prend compte de la santé mentale.

45 Karen A. Patte, Wei Qian, M. Sc., Scott T. Leatherdale (2017). Les abus occasionnels d'alcool en lien avec le rendement scolaire, l'investissement dans les études et les aspirations et attentes en matière de scolarité : une étude longitudinale chez les élèves du secondaire ayant participé à l'étude COMPASS, in *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, volume 37, no 11.

Santé sexuelle et affective

Notre environnement culturel regorge d'images alliant positivement sexualité et consommation d'alcool. Ces représentations sociales, largement partagées (aussi bien par les hommes que par les femmes) et diffusées au sein de la société, notamment à travers les médias, se traduisent en attentes en termes d'attractivité, d'excitation sexuelle et de désinhibition. Ces attentes et ressentis dépendent certes des effets pharmacologiques de l'alcool, mais sont également culturels. Et de fait, si nombre de personnes croient que l'alcool augmente leur libido, sa consommation diminue objectivement les performances, la lubrification et la sensibilité des parties génitales féminines et masculines.

Les effets de l'alcool peuvent empiéter sur la qualité de la vie sexuelle et affective homosexuelle et hétérosexuelle des individus. La consommation d'alcool peut rendre maladroite, diminuer la lubrification des organes génitaux, rendre difficile le déclenchement et le maintien d'une érection ainsi que l'atteinte de l'orgasme. Une consommation régulière et prolongée peut réduire la sensibilité physique et avoir des conséquences sur la fertilité (déclin de la quantité de spermatozoïdes, difficultés pour tomber enceinte).

La consommation excessive d'alcool est associée à une série de conséquences négatives liées à la sexualité, notamment des grossesses non-désirées, des agressions sexuelles et la transmission d'infections sexuellement transmissibles (y compris le VIH/sida). Les propriétés pharmacologiques et les représentations sociales liées à l'alcool et sa consommation contribuent en effet à l'adoption de comportements à risque et

même à la perpétuation de délits et crimes. Toutefois, l'alcool ne justifie ni n'excuse la perpétuation d'un délit ou d'un acte criminel. Les auteur-es sont moralement et légalement responsables de leurs actes, qu'ils/elles aient été sous influence de l'alcool ou non.

QU'EST-CE QUE LA CULTURE DU VIOL ?

La culture du viol regroupe un ensemble d'attitudes et de croyances erronées, qui persistent cependant et sont largement diffusées au sein de la société. Elles servent à dénier, justifier, minimiser et banaliser les agressions sexuelles d'hommes vis-à-vis de femmes, voire même faire reposer la faute et la responsabilité sur les victimes (notamment : «la victime a bu de l'alcool/est sortie seule/portait une jupe», etc.). Elles participent également à instaurer un tabou autour des viols et agressions sexuelles dont les hommes sont victimes, et à perpétuer des représentations racistes et homophobes de la sexualité et du désir masculins. La culture du viol repose sur la croyance que les hommes ne savent pas contrôler leurs «pulsions sexuelles» et qu'il revient aux femmes d'«éviter les problèmes» et d'être «moins attirantes». Faire reposer la responsabilité et la culpabilité sur les épaules des victimes constitue des obstacles dans la libération de la parole, la recherche d'aide, le dépôt de plaintes et la perpétuation de la justice. Il est essentiel de souligner que les victimes d'agressions et de violences ne sont en aucun cas responsables des agissements de leur auteur-e.

L'alcool induit une désinhibition et une altération du jugement, qui favorisent

la prise de risque, dont les relations sexuelles non protégées et/ou sans moyen de contraception. Et même lorsqu'un préservatif est utilisé, l'impact de l'alcool sur les capacités perceptivo-motrices peut jouer sur la bonne pose de celui-ci (le préservatif peut alors casser ou glisser pendant la relation sexuelle). La moindre capacité à juger une situation peut quant à elle mener à des relations sexuelles non désirées, et à se mettre en danger.

Les violences sexuelles, y compris le viol et les actes d'attentat à la pudeur, font partie des risques liés à la consommation excessive d'alcool⁴⁶. Et si les hommes peuvent être victimes d'agressions sexuelles, les femmes ont disproportionnellement plus de risque d'en être victimes. Parallèlement, il est disproportionnellement plus probable que l'auteur de l'agression soit un homme. De nombreuses études scientifiques démontrent un lien fort entre agression et consommation d'alcool (de la part de l'auteur et/ou de la victime). Il ne s'agit pas pour autant d'une simple relation causale^{47,48}. Il existe en effet un ensemble de représentations liées aux rôles genrés et à la culture du viol qui biaisent la perception du consentement, les comportements et l'interprétation de ces comportements⁴⁹. Ces

.....
46 Pour une définition des violences sexuelles, voir : <https://www.besafe.be/fr/themes-de-securite/violence/la-violence-sexuelle>

47 Jozkowski K. N., Wiersma J.D. (2015). Does drinking alcohol prior to sexual activity influence college students' consent? In *International Journal of Sexual Health*, 27:156-174.

48 Abbey A. et al (2004). Sexual assault and alcohol consumption: what do we know about their relationship and what types of research are still needed? In *Aggression and Violent Behavior*, 9 (2004) 271-303.

49 Les hommes auteurs d'agression sexuelle sont plus susceptibles de cautionner les stéréotypes de

ALCOOL ET CONTRACEPTION

La consommation d'alcool n'affecte pas directement l'efficacité des moyens de contraception, mais elle peut l'influencer indirectement. Consommer même modérément de l'alcool peut en effet jouer sur la mémoire, le discernement ou la dextérité. Ainsi, une personne sous l'influence de l'alcool peut oublier, manquer ou retarder la prise de sa pilule contraceptive, ce qui en réduit l'efficacité et peut s'en suivre d'une ovulation. La consommation d'alcool peut rendre malade la personne, au point qu'elle vomisse. Or, si cela arrive moins de deux heures après la prise la pilule, cela peut diminuer significativement l'effet de celle-ci. L'alcool peut également impacter négativement la bonne pose des moyens de contraception dits barrière, comme les préservatifs (masculins ou féminins), les diaphragmes ou encore les anneaux vaginaux.

représentations jouent sur les interactions entre individus, et sur les moyens verbaux et non-verbaux qu'ils/elles mobilisent afin d'exprimer leur consentement ou leur non-consentement. Par exemple, certaines études montrent que les individus ont tendance à établir un lien entre le lieu de consommation (bar, discothèque) et consentement, et entre consommation d'alcool et consentement, et donc présumer

genre (domination masculine et rôles genrés), les mythes liés à la culture du viol, les attitudes hostiles à l'égard des femmes et l'usage de la force dans les relations interpersonnelles.

que les personnes présentes dans ces lieux et/ou consommant de l'alcool sont par défaut à la recherche de rapports sexuels et consentantes. De plus, dans les relations hétérosexuelles, les hommes tendent généralement à mésinterpréter les comportements des femmes et à surévaluer l'intérêt sexuel de celles-ci à leur rencontre. Les effets de l'alcool sur les processus perceptifs et cognitifs (myopie alcoolique) renforcent cette propension à la mésinterprétation ; ils jouent également sur la capacité des personnes à évaluer une situation potentiellement risquée. La consommation d'alcool rend plus probable l'usage de la force de la part de l'agresseur, et impacte l'habileté motrice, limitant ainsi la capacité des victimes à manifester leur non-consentement, voire à se défendre⁵⁰.

Infractions et violences⁵¹

Les infractions à la loi sous l'influence de l'alcool pèsent sur la société et les individus. Il faut distinguer les infractions directement imputables à l'alcool des infractions associées à la consommation d'alcool. Les premières regroupent notamment les états d'ivresse publique, la conduite sous l'influence de l'alcool et les accidents de la route dans lesquels l'alcool est impliqué. En Belgique, l'alcool au volant correspond à environ 1,5 % des infractions routières enregistrées annuellement, et la prévalence de la conduite sous l'influence de l'alcool était de 2 % en 2018 parmi les automobilistes contrôlés. Et actuellement,

l'alcool est impliqué dans environ 9 % des accidents de la route avec blessures corporelles recensés sur le territoire belge. Il est de notoriété publique désormais que les risques d'implication dans un accident de roulage suivent un accroissement important à partir de 0,5 gramme d'alcool par litre de sang. Les enquêtes en France montrent que les conducteur·rices dont l'alcoolémie dépasse 0,8 g/L ont près de 10 fois plus de risques de causer un accident mortel que s'ils-elles étaient à jeun⁵². Les risques sur la conduite sont maximisés lorsque l'alcool, même en petite quantité, est consommé en association avec d'autres produits (cannabis, benzodiazépines, etc.).

La consommation d'alcool est associée à d'autres infractions, en particulier les violences commises à l'encontre des personnes. En Belgique, 13,29 % des condamnations de l'année 2012 étaient associées à la consommation d'alcool, dont 2,2 % étaient des violations de la loi alcool, 12,5 % des crimes contre les biens, 22,5 % des crimes violents et 17,8 % des crimes sexuels⁵³.

La recherche établit plusieurs liens entre consommation d'alcool et comportements violents, notamment :

➤ La consommation abusive d'alcool peut réduire l'autocontrôle et la capacité d'analyser une situation et d'estimer les risques ; elle peut augmenter la labilité émotionnelle et l'impulsivité, rendant ainsi plus probable, pour certaines personnes, le recours à la violence lors de confrontations ;

50 Il ne faut évidemment pas négliger le rôle de la sidération psychique, qui rend les victimes incapables de réagir en cas d'agression.

51 Les infractions constatées permettent d'estimer les comportements interdits et punissables. Elles constituent cependant des sous-estimations puisque nombre d'infractions ne sont pas déclarées.

52 ODF (2000). Alcool et délinquance, *Tendances*, n°9. Paris : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

53 Lievens, D. et al. (2016). Op. Cit.

- › Certaines croyances liées à la consommation d'alcool (confiance en soi, agressivité) peuvent entraîner la consommation en prévision d'actes violents ou l'utilisation de l'alcool pour excuser certains comportements violents ;
- › Expérimenter ou être témoin de violences peut mener à une consommation problématique d'alcool, en tant que moyen d'automédication ou de *coping*⁵⁴ ;
- › Les lieux de consommation de forte densité, peu confortables et mal gérés sont propices à des comportements agressifs ;
- › Consommation (abusives) d'alcool et comportement violent peuvent être reliés par un ou plusieurs facteurs de risque communs (par exemple, un trouble de personnalité antisociale) ;
- › La consommation d'alcool accroît l'occurrence et la gravité des violences domestiques ; il y a également une relation entre la quantité d'alcool consommée et la prévalence des violences contre le ou la conjoint-e^{55,56}.

ALCOOL ET SANTÉ PHYSIQUE

L'alcool est une substance toxique qui agit directement et indirectement sur nombre d'organes et de systèmes. L'usage d'alcool, même lorsqu'il n'est pas problématique, présente donc des risques pour la santé,

54 Le *coping* (de l'anglais *to cope*) peut être défini comme l'ensemble des stratégies déployées par l'individu pour maîtriser ou réduire l'impact des situations stressantes ou menaçantes.

55 Sornpaisarn B, Shield KD, Österberg E, Rehm J, editors (2017). Resource tool on alcohol taxation and pricing policies. Geneva: World Health Organization.

56 OMS (2006). Intimate Partner Violence and Alcohol Fact Sheet. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

qui varient en fonction de la fréquence et des quantités absorbées. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la consommation d'alcool est associée à plus de 200 problèmes de santé. Elle est également un facteur de risque pour de nombreuses maladies, dont la cirrhose du foie, certains cancers et les troubles cardiovasculaires. Elle agit également, à court et long terme, sur le système nerveux. La consommation d'alcool accroît le risque de blessures involontaires et intentionnelles, d'accidents et de comportements violents. Près de 6 % des décès annuels dans le monde (3,3 millions) seraient attribuables à l'usage nocif d'alcool⁵⁷.

La compréhension des effets de l'alcool sur la santé continue d'évoluer. Des études récentes indiquent que certains risques associés à l'alcool ont autrefois été sous-estimés, notamment le développement de cancers.

Alcool et cancers

Le rôle de l'alcool dans le développement de plusieurs cancers a été clairement établi⁵⁸. Il s'agit, après le tabac, du deuxième facteur de risque évitable de cancer. Un risque qui augmente de manière significative dès la consommation moyenne d'un verre par jour (10g), quel que soit le type d'alcool ingéré et de façon proportionnelle au volume absorbé⁵⁹.

57 OMS (2018). Consommation d'alcool, principaux faits, février. URL: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

58 Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool. Deuxième rapport. Genève, 2006.

59 OMS. Bureau régional de l'Europe (2018). *Sensibiliser au lien existant entre la consommation d'alcool et le cancer.*

À ce jour, aucun «effet de seuil» n'a été identifié, ce qui signifie que toute prise régulière d'alcool, même faible ou modérée, favorise le risque de cancers. Selon les connaissances actuelles, l'alcool est associé à sept types particuliers de cancer⁶⁰ :

- › Les cancers de la cavité buccale, de l'œsophage, du pharynx et du larynx. La consommation d'alcool combinée à celle du tabac multiplie les risques ;
- › Le cancer du foie ;
- › Le cancer du sein chez la femme, avant et après la ménopause. Quelle que soit la boisson alcoolisée, le risque de cancer du sein augmente de façon significative au-delà d'un verre d'alcool par jour ;
- › Le cancer colorectal.

60 OMS. Bureau régional de l'Europe (2018). Op. Cit ;

ALCOOL ET FÉCONDITÉ

Si la recherche scientifique en la matière souffre d'un manque de comparabilité due à la forte hétérogénéité des études, elle épingle toutefois que la consommation d'alcool influence la fertilité des hommes et des femmes. Consommer de l'alcool a des effets dommageables sur le volume de spermatozoïdes et sur leur morphologie normale, en particulier au sein des consommateurs quotidiens. La fécondabilité des femmes, de même, baisse avec leur consommation d'alcool.^{61,62}

61 Fan, D., Liu, L., Xia, Q. et al. (2017). Female alcohol consumption and fecundability: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Sci Rep* 7, 13815.

62 Ricci E, Al Beitawi S, Cipriani S, Candiani M, Chiaffarino F, Viganò P, Noli S, Parazzini F. (2017). Semen quality and alcohol intake: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Biomed Online*. Jan;34(1):38-47.

Alcool et maladies cardiovasculaires

La consommation régulière d'alcool élève la pression artérielle et augmente le risque d'hypertension. Elle favorise également les risques d'accidents vasculaires cérébraux et d'infarctus du myocarde. Quant à la consommation massive d'alcool en une seule occasion, elle peut causer l'arythmie cardiaque et accroître le risque de mort subite.

L'idée que la consommation d'alcool aurait des bienfaits sur la santé du cœur, même si elle est largement répandue, est régulièrement remise en cause. À ce jour, les bénéfices cardiovasculaires d'une consommation modérée d'alcool ne font pas consensus⁶³.

Alcool et système nerveux^{64,65}

La toxicité de l'alcool agit sur le système nerveux, et ce à deux niveaux : la toxicité fonctionnelle et la toxicité lésionnelle. À court terme, la consommation d'alcool induit un état d'ivresse qui provoque des changements au niveau mental et comportemental (toxicité fonctionnelle).

VULNÉRABILITÉS BIOLOGIQUES FACE À L'ALCOOL : ÂGE, POIDS ET SEXE

Le taux d'alcoolémie et l'intensité des effets de l'alcool dépendent de plusieurs facteurs biologiques, en particulier le poids, le ratio eau/graisse et la quantité d'enzymes responsables de l'élimination de l'alcool dans le foie. La concentration d'alcool dans le sang dépend surtout de la quantité d'eau contenue dans le corps, car l'alcool est soluble dans l'eau (et très peu dans les graisses).

Les corps des femmes comportent en moyenne davantage de tissus adipeux (graisse) que d'eau, en comparaison avec ceux des hommes. À poids égal et à consommation égale, le taux d'alcoolémie est donc généralement plus élevé chez les femmes que chez les hommes. De plus, les femmes sont généralement plus légères que les hommes et disposent en moyenne d'une moindre quantité d'enzymes (ainsi, leur corps élimine donc plus lentement l'alcool que les hommes). En conséquent, à quantité d'alcool équivalente, les femmes sont plus susceptibles d'expérimenter des effets moteurs et cognitifs négatifs tels que la perte de mémoire, la perte de conscience, des blessures, etc. Elles sont également plus vulnérables aux agressions physiques et sexuelles (voir «Santé sexuelle et affective»)⁶⁶. Plusieurs études montrent que les femmes progressent plus rapidement vers un état dépendant ; toutefois, ces études portent sur des femmes en traitement et d'autres études n'ont pas conclu à des résultats similaires. La recherche a cependant montré que les femmes développent plus rapidement des maladies liées à la consommation d'alcool (maladies du foie, neurotoxicité, cardiomyopathie, neuropathie périphérique)⁶⁷.

Les adolescent-es et les personnes âgées sont plus sensibles à l'alcool et sont davantage exposés aux risques liés à sa consommation. Les adolescent-es ont généralement un poids inférieur à celui des adultes et donc moins de liquide corporel, augmentant la concentration d'alcool dans le sang. De plus, les enzymes éliminant l'alcool sont présents en moindre quantité chez les adolescent-es que chez les adultes. À cela s'ajoute évidemment les différences sexuées et le manque d'expérience en matière de consommation d'alcool.

Enfin, les changements physiques liés au vieillissement peuvent d'une part réduire la capacité d'élimination de l'alcool au sein de l'organisme, et d'autre part augmenter la sensibilité aux effets de l'alcool. Parallèlement, les personnes âgées ont en moyenne un ratio de tissu graisseux plus élevé que les adultes. Enfin, elles prennent souvent des médicaments sur ordonnance, qui peuvent jouer sur la capacité de l'organisme à éliminer l'alcool et/ou potentialiser les effets de l'alcool⁶⁸.

63 Conseil Supérieur de la Santé (2018). Risques liés à la consommation d'alcool (CSS no 9438).

64 Éduc'alcool (2019). Alcool et santé. Les effets de la consommation abusive d'alcool. Québec, 2e édition.

65 Inserm (2001). Alcool : Effets sur la santé. France : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

66 Sugarman, D. E., Demartini, K. S., & Carey, K. B. (2009). Are women at greater risk? An examination of alcohol-related consequences and gender. *The American journal on addictions*, 18(3), 194-197.

67 Zakiniaez, Y., & Potenza, M.N. (2018). Gender-related differences in addiction: a review of human studies. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 23, 171-175.

68 Éduc'alcool (2007). Alcool et santé. Les niveaux de consommation d'alcool à faible risque. Québec.

À faible dose, l'alcool peut avoir un effet stimulant, excitant et désinhibant. Il peut également favoriser les comportements agressifs et les changements d'humeur. À plus fortes doses, ses effets sont sédatifs, altèrent la capacité de jugement et entraînent une baisse de la vigilance et de la réactivité, et des troubles de l'équilibre et de la parole. Ces effets peuvent avoir des conséquences graves, notamment des accidents, des bagarres, des comportements

Le syndrome de Wernicke-Korsakoff, provoqué par une déficience importante en thiamine (vitamine B1), est une affection grave dont peuvent être atteintes les personnes alcoolo-dépendantes lorsque leur mésusage est associé à une malnutrition. Dans la première phase, on peut observer une encéphalopathie (dite de Wernicke), qui se caractérise par un syndrome confusionnel, une diminution de la coordination (ataxie), des paralysies oculomotrices et parfois des troubles végétatifs, ainsi que des troubles de la conscience. L'encéphalopathie peut ensuite évoluer vers un syndrome dit de Korsakoff, qui se traduit par un état amnésique avec une déficience prononcée de la mémoire rétrograde et de la mémoire antérograde, une désorientation temporelle, de fausses reconnaissances et des affabulations. La détection et la prévention précoces de l'encéphalopathie de Wernicke est capitale, puisque ce trouble peut être prévenu voire traité de manière réversible via l'administration de vitamine B1. En revanche, l'affection devient incurable en cas d'évolution vers un syndrome de Korsakoff.

violents ou des suicides. Les effets de l'alcool sur les comportements sont évidemment variables d'une personne à l'autre, selon son état d'esprit, sa physiologie, ses habitudes de consommation, ou encore ses attentes vis-à-vis de la consommation d'alcool.

Une consommation abusive et chronique peut entraîner des perturbations des systèmes nerveux central et périphérique (toxicité lésionnelle). Les troubles cognitifs sont la complication la plus fréquente et touchent la mémoire à court terme (en particulier visuelle), les capacités visuomotrices, les capacités d'abstraction et des fonctions élaborées telles que l'organisation des tâches (fonctions dites exécutives). Les lésions cérébrales causées par une consommation abusive chronique peuvent entacher l'apprentissage, les capacités psychomotrices, l'appréciation de l'espace, ou encore la capacité de raisonnement. De plus, les processus intellectuels et affectifs des usager-es abusif-ves chroniques sont souvent mis à mal.

Nutrition et prise de poids

Les relations entre consommation d'alcool et nutrition sont multiples et complexes. L'alcool peut avoir un effet direct sur le statut nutritionnel, notamment en provoquant une malnutrition (déséquilibre entre les nutriments dont le corps a besoin et les nutriments apportés), qu'il s'agisse de dénutrition (déficit d'un ou plusieurs nutriments) ou de suralimentation (excès d'un ou plusieurs nutriments).

De même, la relation entre consommation d'alcool et prise de poids est loin d'être simple. L'alcool est un aliment particulier du régime alimentaire de nombreuses

personnes : il constitue une grande source d'apport énergétique, agit sur le système nerveux (et donc potentiellement sur l'alimentation) et ne peut être stocké par le corps (l'alcool est prioritaire sur l'oxydation des graisses, par exemple). Or, la plupart des consommateur-rices modéré-es ajoutent la consommation d'alcool à leur alimentation journalière, plutôt que la substituer, augmentant ainsi leur balance énergétique et donc potentiellement leur masse grasseuse.

La plupart des études scientifiques montrent un lien positif entre consommation (régulière) d'alcool et prise de poids/adiposité abdominale. Ceci concerne particulièrement les consommateur-rices intensifs et les personnes pratiquant le *binge drinking*. La relation est nulle voire négative pour les consommations faibles et modérées. Les relations positives concernent davantage les hommes que les femmes, ce qui peut s'expliquer par des habitudes de consommation différentes et de quantités ingérées différentes. La relation dépend également du type de boisson alcoolique consommée : l'association entre consommation d'alcool et la prise de poids/adiposité abdominale est négative pour le vin, mais positive pour la bière et les spiritueux. Cette différence s'explique à la fois par des habitudes alimentaires généralement plus saines des consommateur-rices de vin, et par certaines propriétés propres au vin. D'autres éléments concomitants jouent également, notamment les facteurs de risques liés au surpoids et à

l'obésité, comme la consommation de tabac ou un statut socioéconomique faible^{69,70}.

Faiblesse immunitaire et évolution du VIH/sida

La consommation chronique et excessive d'alcool peut jouer un rôle immunodépresseur et ainsi accroître la vulnérabilité à certaines pathologies infectieuses, telles que la tuberculose, la pneumonie et le VIH.

Il existe une forte association entre alcool et risque d'infection VIH, la consommation d'alcool augmentant les comportements à risque (liés à l'usage de drogue et les pratiques sexuelles) et la vulnérabilité immunitaire. La consommation d'alcool peut également jouer sur la progression de l'infection VIH. D'une part, elle peut théoriquement diminuer l'efficacité des médicaments antirétroviraux (ARV) et entraîner un échec thérapeutique. D'autre part, la consommation ponctuelle ou chronique d'alcool peut induire des comportements défavorables à la santé. Plusieurs études montrent notamment qu'une consommation importante d'alcool retarde l'accès aux soins et la mise sous ARV des personnes séropositives. L'alcool joue également un rôle délétère sur la bonne prise des médicaments ARV. La consommation d'alcool renforce certaines comorbidités (notamment le syndrome dépressif) et aggrave la fréquence des co-infections par VHC et VHB. Elle accroît

enfin les pathologies cardiovasculaires qui sont une cause fréquente de décès chez les patient-es séropositif-ves^{71,72}.

Alcool et chirurgie bariatrique

La chirurgie bariatrique (ou chirurgie de l'obésité) se décline en plusieurs techniques : la sleeve (enlever définitivement les 2/3 de l'estomac), l'anneau gastrique (pose d'un anneau ajustable au niveau de la partie supérieure de l'estomac afin de ralentir le passage des aliments) et le bypass gastrique (réduire le volume de l'estomac et modifier le circuit alimentaire en reliant directement la poche gastrique et l'intestin grêle). Si les deux premières techniques n'ont pas d'effets significatifs sur la tolérance à l'alcool, le bypass s'accompagne quant à lui d'une augmentation des risques de développer une consommation problématique, même plusieurs années après l'opération⁷³.

Ce phénomène s'explique par l'impact du bypass sur le métabolisme de l'alcool. Un bypass provoque en effet des modifications pharmacocinétiques : accélération de l'absorption de l'alcool et ralentissement de son élimination, et ce à travers plusieurs mécanismes. D'abord, la perte de poids réduit la dilution de l'alcool dans le corps,

ce qui augmente le taux d'alcoolémie. Ensuite, d'ordinaire l'estomac contient un enzyme (l'alcool déshydrogénase) qui joue un rôle important dans le processus de détoxification de l'alcool. Toutefois, suite à l'implantation du bypass, les personnes opérées ne bénéficient plus de cette première détoxification, lesdits enzymes étant présents en bien moindre quantité. Le pic de concentration plasmatique d'alcool est dès lors plus précoce et plus important chez les personnes opérées, intensifiant ainsi la sensation d'ivresse⁷⁴. De plus, les effets protecteurs de la prise d'un repas concomitante à la consommation d'alcool ne bénéficient plus aux personnes opérées. En effet, chez les personnes non-opérées, la digestion d'aliments ralentit la vidange gastrique et augmente ainsi le temps de contact entre l'alcool et l'enzyme de détoxification⁷⁵.

Il peut dès lors être pertinent de sensibiliser les patient-es avant et après toute chirurgie bariatrique, de dépister toute consommation (potentiellement) problématique, de les informer des risques de développer une consommation problématique (même sur le long terme), voire d'instaurer une période d'abstinence préopératoire⁷⁶.

Syndrome d'alcoolisation fœtal

Voir le chapitre dédié à la prévention et réduction des risques auprès des femmes enceintes et allaitantes (chapitre 4.11).

69 Sayon-Orea, C., Martínez-González, M. et Bes-Rastrollo, M. (2011). Alcohol consumption and body weight: A systematic review, in *Nutrition Reviews*. 69(8):419-31.

70 Kwok, A., Dordevic, A., Paton, G., Page, M. & Truby, H. (2019). The effect of alcohol consumption on food energy intake: A systematic review and meta-analysis, In *British Journal of Nutrition*, 121.

71 Hahn JA, Samet JH. "Alcohol and HIV disease progression: Weighing the evidence", *Curr HIV/AIDS Rep*, 2010, 7, 226-33

72 Hendershot CS, Stoner SA, Pantalone DW et al., "Alcohol use and antiretroviral adherence: review and meta-analysis", *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2009, 52, 2, 180-202

73 King, W. C., Chen, J.-Y., Courcoulas, A. P., Dakin, G. F., Engel, S. G., Flum, D. R.,... Yanovski, S. Z. (2017). Alcohol and other substance use after bariatric surgery: prospective evidence from a U.S. multicenter cohort study. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 13(8), 1392-1402.

74 Pepino MY, Okunade AL, Eagon JC, Bartholow BD, Bucholz K, Klein S. Effect of Roux-en-Y Gastric Bypass Surgery: Converting 2 Alcoholic Drinks to 4. *JAMA Surg*. 2015; 150(11):1096-1098.

75 Interview de Pr. Marie-Astrid Piquet (CHU de Caen, France) pour *Diabète et Obésité*, vol. 9, n°78, 2014

76 Powerpoint «Chirurgie bariatrique et alcool» du Pr. Jean Delwaide, CHU Sart Tilman

EFFETS ET DANGÉROSITÉ DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN ASSOCIATION AVEC UNE AUTRE SUBSTANCE PSYCHOACTIVE⁷⁵

Substance associée	Effets et conséquences possibles	Dangérosité
Cannabis	› Augmentation des effets déprimeurs sur le système nerveux central › Augmentation des effets du cannabis › Alcoolémie maximale diminuée ou retardée › Diminution de la vigilance, de l'attention et de la concentration › Risque de crise d'anxiété ou de panique accru chez certaines usager-es › Usage excessif peut provoquer des nausées	Mineure
LSD	› Diminution de l'anxiété et de l'agitation causée par le LSD	Mineure
Speed/ amphétamines	› Potentialisation de l'euphorie › Risque de déshydratation accru › Diminution des effets déprimeurs de l'éthanol et des effets stimulants des amphétamines, entraînant un risque de surconsommation	Prudence
MDMA/XTC	› Risques cardiaques accrus › Risque de déshydratation et d'hyperthermie accru › Augmentation des effets de l'alcool et de l'XTC/MDMA	Prudence
Cocaïne	› Potentialisation de l'euphorie › Atténuation des effets désagréables › Augmentation de l'intensité et de la durée des effets de la cocaïne › Diminution des effets déprimeurs de l'éthanol et des effets stimulants de la cocaïne, entraînant un risque de surconsommation › Risque de déshydratation accru › Risque de toxicité accru › Risque de coma éthylique accru › Risques cardiaques accrus (troubles du rythme cardiaque, infarctus, arrêt cardiaque...)	Risqué
Médicaments antidépresseurs	› Aggravation de certains effets secondaires des antidépresseurs (sommolence et étourdissements) › Risque accru d'accidents (chutes, accidents de la route...) même avec seulement 1 ou 2 verres	Prudence
Benzodiazépines, barbituriques et médicaments psychoactifs déprimeurs	› Potentialisation des effets déprimeurs sur le système nerveux central, pouvant aller jusqu'à la mort › Diminution de la vigilance, de l'attention et de la concentration › Risque de dépression respiratoire à forte dose › Risque de tolérance croisée lors d'usage chronique des deux substances › Risque de perte de conscience et de perte de mémoire	Dangereux
Kétamine	› Potentialisation des effets déprimeurs sur le système nerveux central, pouvant aller jusqu'à la mort › Risque accru de vomissement et de perte de conscience	Dangereux
GHB	› Même en petite quantité, peut entraîner des pertes de mémoire, troubles de la coordination et perte de conscience › Potentialisation des effets déprimeurs sur le système nerveux central, pouvant aller jusqu'au coma et la mort	Dangereux
Opioides	› Potentialisation des effets déprimeurs sur le système nerveux central, pouvant aller jusqu'à la mort › Risque de perte de conscience › Risques de dépression respiratoire accrus › Risques de surdose accrus	Dangereux

77
 wiki.tripsit.me (consulté le 27/05/2019) ; Ben Amar, M. (2004). La polyconsommation de psychotropes et les principales interactions pharmacologiques associées. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Canada : Montréal ; Inserm (2001). Alcool : Effets sur la santé. France : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

Risques liés à la polyconsommation

La polyconsommation recouvre différentes pratiques répondant à des motivations variées (maximisation des effets recherchés, minimisation des effets indésirables, opportunisme, polydépendance, etc.). Elle peut être considérée comme une pratique qui consiste à consommer plusieurs produits, de manière combinée ou successive, volontaire ou involontaire, sur une période déterminée. La polyconsommation est une pratique à risque parce que l'usage combiné de plusieurs substances peut engendrer des interactions pharmacologiques dangereuses augmentant le risque de complications potentiellement fatales.

ALCOOL ET SANTÉ MENTALE

De nombreuses études ont mis en évidence des associations fréquentes entre les troubles psychiques (troubles de l'humeur et anxiété notamment) et la consommation problématique ou la dépendance à l'alcool. Une consommation excessive d'alcool peut agir comme facteur causal ou aggravant de certaines affections psychiatriques, ou au contraire être le reflet d'une tentative de minimisation des symptômes d'un trouble préexistant :

- › Alcool et dépression sont souvent associés. La consommation d'alcool est une cause possible de dépression et peut aussi en être un symptôme ;
- › L'alcoolisation excessive est souvent associée à des troubles anxieux (en particulier parce que l'alcool a des effets anxiolytiques) ;
- › L'alcool aggrave les troubles du sommeil ;
- › Une consommation importante d'alcool pourrait être un facteur de risque majeur pour tous les types de démence ;

- › L'alcool est impliqué dans un pourcentage significatif de suicides aboutis.

Les personnes qui présentent des troubles psychiques sont particulièrement exposées aux risques liés à la polyconsommation, puisqu'elles sont nombreuses à bénéficier d'un traitement médicamenteux susceptible d'interagir avec l'alcool. Il est donc pertinent de renforcer les stratégies de prévention ciblant cette population, en particulier par l'intermédiaire des prescripteur·rices (médecins généralistes, médecins spécialistes) et des pharmacien·nes.

POUR EN SAVOIR PLUS

Conseil Supérieur de la Santé (2018). *Risques liés à la consommation d'alcool*. Bruxelles : CSS ; 2018. Avis n° 9438★

Institut scientifique de santé publique (2013). *Enquête de santé 2013. Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie*★

Moskalewicz, J., Room, R., Thom, B. (2016). *Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action*. Synthesis report, RARHA (Reduction of Alcohol Related Harms)★

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (2017). *Usages d'alcool et dommages subis : une perspective européenne*, *Tendances*★

World Health Organization (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: World Health Organization★

2 STRATÉGIES ET POLITIQUES «ALCOOL» AU NIVEAU INTERNATIONAL ET BELGE

2.1 PLANS STRATÉGIQUES EXISTANTS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET RDR AU NIVEAU INTERNATIONAL ET EUROPÉEN

STRATÉGIE MONDIALE VISANT À RÉDUIRE L'USAGE NOCIF DE L'ALCOOL

En 2010, la 63e Assemblée mondiale de la Santé a approuvé une résolution entérinant une stratégie de prévention de l'usage nocif d'alcool. Cette résolution comporte un éventail d'actions prioritaires et de mesures à mettre en œuvre par les pays, en tenant compte de leurs spécificités locales (contexte culturel et religieux, priorités de santé publique, capacités et moyens à disposition). L'OMS a identifié dix domaines d'actions, et pour chacun d'eux, préconise de mener une série d'interventions spécifiques (voir tableau pour quelques exemples).

STRATÉGIE MONDIALE POUR RÉDUIRE L'USAGE NOCIF DE L'ALCOOL

Domaines d'actions	Interventions spécifiques (exemples)
1 Leadership	➤ Élaborer ou consolider des plans et stratégies nationaux et infranationaux exhaustifs afin de réduire l'usage nocif d'alcool ➤ Assurer la coopération entre les différents niveaux de pouvoirs gouvernementaux et la coordination avec d'autres stratégies et plans du secteur de la santé
2 Action des services de santé	➤ Garantir l'accès universel à la santé, en rendant les services de traitement plus accessibles et abordables pour les groupes défavorisés ➤ Instaurer un système d'enregistrement et de suivi de la morbidité et de la mortalité attribuables à l'alcool ➤ Assurer des services sanitaires et sociaux culturellement adaptés
3 Action communautaire	➤ Fournir soins et soutien communautaires aux personnes affectées et à leur famille ➤ Fournir des informations sur les interventions communautaires efficaces et renforcer les moyens disponibles au niveau communautaire pour les mettre en œuvre
4 Politiques de lutte contre l'alcool au volant	➤ Mener des campagnes de sensibilisation et d'information ➤ Mettre en place des programmes obligatoires d'éducation, de conseil et, si besoin, de traitement
5 Offre d'alcool	➤ Fixer un âge minimum légal pour l'achat ou la consommation d'alcool et prendre des mesures empêchant les adolescent-es d'en consommer ➤ Adopter des mesures contre la vente aux personnes en état d'ivresse ou n'ayant pas l'âge minimum légal et envisager d'instaurer des dispositifs engageant la responsabilité des vendeur-ses et des serveur-ses, conformément à la législation nationale
6 Marketing des boissons alcoolisées	➤ Réglementer les activités de parrainage qui font la promotion des boissons alcoolisées ➤ Restreindre ou interdire la promotion en rapport avec des activités qui visent les jeunes ➤ Créer des systèmes administratifs efficaces qui dissuadent de contrevenir aux restrictions en matière de marketing
7 Politiques de prix	➤ Instaurer un système national d'imposition spécifique pour l'alcool, assorti d'un système de répression efficace ➤ Interdire ou limiter les promotions directes et indirectes sur les prix et les rabais, la vente à un prix inférieur au prix de revient et les tarifs forfaitaires ➤ Mettre en place des mesures d'incitation par les prix à consommer des boissons non-alcoolisées
8 Réduction des effets néfastes	➤ Adopter des politiques de gestion qui incitent les débits de boisson à servir les client-es de façon responsable et enseigner au personnel travaillant dans les secteurs concernés à prévenir l'ébriété, repérer les buveur-ses en état d'ébriété et adopter la bonne conduite face aux buveur-ses ivres et agressifs ➤ Réduire la teneur en alcool de différentes catégories de boissons ➤ Offrir des soins ou un abri aux personnes en état d'ébriété grave ➤ Informer les consommateur-rices des méfaits de l'alcool et les indiquer sur l'étiquette des boissons alcoolisées
9 Réduction de l'impact sur la santé de l'alcool illicite	➤ Assurer la coopération et l'échange d'informations entre les autorités aux niveaux national et international pour lutter contre l'alcool illicite
10 Suivi et surveillance	➤ Mettre en place des cadres efficaces de suivi et de surveillance, y compris des enquêtes nationales périodiques sur la consommation d'alcool et les méfaits de l'alcool ainsi qu'un plan d'échange et de diffusion des informations ➤ Définir un ensemble commun d'indicateurs concernant l'usage nocif de l'alcool, ainsi que des politiques pour le prévenir et le réduire, et suivre l'évolution de ces indicateurs ➤ Mettre en place des mécanismes d'évaluation utilisant les données recueillies pour déterminer l'impact des politiques, des interventions et des programmes appliqués dans le but de réduire l'usage nocif de l'alcool

LE PLAN D'ACTION EUROPÉEN VISANT À RÉDUIRE L'USAGE NOCIF DE L'ALCOOL 2012-2020⁷⁸

Les Européen·nes sont les plus grands consommateurs·rices au monde de boissons alcoolisées. En réponse, la région Europe de l'OMS s'est dotée d'un Plan d'action axé sur la réduction de l'usage nocif d'alcool. Cette initiative a été approuvée par les 53 États membres de la Région européenne

de l'OMS en 2011. Selon l'OMS, une stratégie est d'autant plus nécessaire que les politiques menées en Europe ne reflètent pas encore la gravité des dommages socio-sanitaires et économiques causés par l'usage nocif d'alcool. Les mesures adoptées ne sont pas suffisamment intégrées dans les politiques générales de santé et de développement, ni dans les politiques sociales. L'OMS considère que pour être pleinement efficace, la future politique en matière d'alcool devrait poursuivre les cinq objectifs prioritaires suivants, et mettre en œuvre les interventions présentées dans la Stratégie mondiale de 2010 (voir supra).

.....
78 OMS (2011). Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020. OMS Europe. Genève. URL : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/148067/RC61_wd13F_Alcohol_111373.pdf

OBJECTIFS PRIORITAIRES DU PLAN D'ACTION EUROPÉEN 2012-2020 VISANT À RÉDUIRE L'USAGE NOCIF D'ALCOOL

- | | |
|---|--|
| 1 | Sensibiliser à l'ampleur et à la nature du fardeau sanitaire, social et économique de l'usage nocif de l'alcool, et favoriser l'engagement accru des pouvoirs publics en vue d'alléger ce fardeau |
| 2 | Renforcer et diffuser la base de connaissances sur l'ampleur des méfaits de l'alcool et leurs déterminants, ainsi que sur les interventions efficaces en vue de réduire et de prévenir ce fléau |
| 3 | Renforcer les capacités des États membres en vue de réduire les méfaits de l'alcool, et de prendre en charge les troubles liés à l'alcool et les problèmes de santé qui y sont associés |
| 4 | Renforcer les partenariats et améliorer la coordination entre les intervenant·es, et accroître la mobilisation des ressources nécessaires pour une action concertée en vue de réduire l'usage nocif de l'alcool |
| 5 | Améliorer les systèmes de lutte et de surveillance aux niveaux infranational, national et européen, et assurer une diffusion et une application plus efficaces de l'information à des fins de sensibilisation, d'élaboration de politiques et d'évaluation |

STRATÉGIE ALCOOL 2006-2012 DE L'UNION EUROPÉENNE⁷⁹

Axée sur cinq objectifs prioritaires, la stratégie 2006-2012 de l'UE visait à soutenir la capacité des Etats membres à coordonner leurs actions en matière de réduction des dommages liés à l'usage d'alcool. L'adoption de cette stratégie s'est accompagnée de la création du forum européen «Alcool et

santé» afin d'encourager les organisations membres à comparer leurs approches et à partager leurs bonnes pratiques. En dépit d'une évaluation positive, la stratégie alcool 2006-2012 n'a pas été renouvelée. En avril 2015, une résolution a été adoptée par le Parlement européen en vue d'élaborer de nouvelles lignes directrices pour la période 2016-2022⁸⁰. En décembre 2017, les États membres et le Parlement européen ont réitéré leur demande à la Commission de formuler

une nouvelle stratégie commune sur la consommation nocive d'alcool⁸¹.

79 Commission européenne (2006). *Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, Comité économique et social européen et au Comité des régions. Une stratégie de l'Union européenne pour aider les États membres à réduire les dommages liés à l'alcool.*

80 Conseil de l'Union européenne (2015). *Conclusions du Conseil sur une stratégie de l'Union européenne visant à réduire les méfaits de l'alcool* (2015/C 418/03).

81 Conseil de l'Union européenne. Session du Conseil «Emploi, politique sociale, santé et consommateurs» du 8 décembre 2017. URL: <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14082-2017-INIT/fr/pdf>

OBJECTIFS PRIORITAIRES DE LA STRATÉGIE ALCOOL 2006-2012 DE L'UNION EUROPÉENNE

1	Protéger les jeunes, les enfants et les enfants à naître › Faire baisser l'usage d'alcool avant l'âge légal et réduire la consommation dangereuse et nocive chez les jeunes › Réduire les dommages causés aux enfants dans les familles qui connaissent des problèmes d'alcool › Réduire l'exposition à l'alcool au cours de la grossesse
2	Réduire le nombre de blessés et de morts dus à l'alcool sur les routes
3	Prévenir les dommages liés à l'alcool chez les adultes et réduire les répercussions négatives sur le lieu de travail › Réduire les troubles physiques et mentaux chroniques liés à l'alcool › Réduire le nombre de décès liés à l'alcool › Informer les consommateur·rices de manière à ce qu'ils puissent choisir en connaissance de cause › Contribuer à réduire les dommages liés à l'alcool sur le lieu de travail
4	Mener une action d'information, d'éducation et de sensibilisation concernant les habitudes de consommation acceptables, et les conséquences d'une consommation nocive et dangereuse d'alcool, en particulier sur : › Les enfants à naître › Les consommateur·rices n'ayant pas atteint l'âge légal pour en consommer › Le travail et la conduite d'un véhicule
5	Créer et tenir à jour un ensemble commun de données au niveau de l'Union européenne, et notamment sur les niveaux de consommation, les modes de consommation et les effets sociaux et sanitaires de l'alcool

OBJECTIFS ET STANDARDS DE QUALITÉ EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET RDR

OBJECTIFS DE PRÉVENTION ET DE RDR

La prévention et la réduction des risques associés à l'usage d'alcool visent notamment à agir sur les phénomènes suivants :

- L'incidence de l'usage nocif d'alcool
- L'usage précoce
- La consommation à risque
- Les dommages associés aux usages

Réduction des risques

Développée au cours des années 1980 afin de faire face à l'épidémie de VIH, la réduction des risques est une stratégie de santé publique et de promotion de la santé. Elle consiste à interagir avec les usager-es de drogues, quel que soit le type de produit (licite ou illicite) et d'usage (ponctuel, régulier, problématique), dans l'objectif de réduire les risques y afférents. Ces risques peuvent être liés à la dangerosité du produit, aux caractéristiques de consommation (quantité, fréquences, mode, polyconsommation), mais aussi à des facteurs infectieux, psychosociaux, juridiques ou environnementaux connexes. La RdR se distingue de la prévention de l'usage et des traitements, dont elle se veut complémentaire. En effet, si les traitements ont pour objectif un changement d'ordre sanitaire et/ou psychosocial, et si la prévention a pour objectif de diminuer

l'incidence de l'usage de drogues dans la population et le développement d'un usage problématique, la réduction des risques, quant à elle, a pour objet de réduire les risques et de prévenir les dommages que l'usage de drogues peut occasionner chez les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas s'abstenir d'en consommer⁸².

La démarche globale, pragmatique et évolutive, qu'est la réduction des risques, a pour principes un bas seuil d'exigence, le non-jugement, l'autodétermination des usager-es, la proximité avec la réalité des usager-es et leur participation active aux programmes qui les concernent. En s'adressant aux personnes qui ne veulent pas ou ne peuvent pas ne pas consommer, la recherche d'abstinence n'est plus une fin en soi, elle devient une option parmi un continuum de réponses permettant à la personne de prendre soin d'elle.

La réduction des risques privilégie l'accompagnement et la coopération afin, d'une part, de donner à l'usager-e les moyens d'agir sur sa santé et son environnement, et, d'autre part, de reconnaître son expertise en matière de pratique d'usage, un rôle de relais et d'auto-support parmi les pairs, et en conséquence, de lui attribuer une place centrale dans la construction des programmes de réduction des risques.

82 D'après la définition de la Charte de la Réduction des risques, co-signée par Modus Vivendi asbl, Fédito bruxelloise, Fédito wallonne, La Ligue des droits humains asbl, le Centre d'Action Laïque asbl, la Liaison antiprohibitionniste asbl, psychonaut.com, l'Union contre la co-infection VIH/Hépatites/Tuberculose. URL : <https://reductiondesrisques.be/charte-de-la-reduction-des-risques/>

Prévention universelle, sélective et indiquée

Jusqu'au milieu des années nonante, la classification la plus courante des actions de prévention s'effectuait selon trois catégories d'inspiration médicale : prévention primaire, secondaire et tertiaire. Cette nomenclature a progressivement laissé place à une autre terminologie axée sur les groupes cibles et leurs niveaux de risque, à savoir les concepts de prévention universelle, sélective et indiquée⁸³.

PRÉVENTION UNIVERSELLE, SÉLECTIVE ET INDIQUÉE	
Cadre d'intervention	Groupes cibles
Prévention universelle (ensemble de la population)	S'adresse à la population générale, indépendamment du niveau de risque des individus
Prévention sélective (individus et groupes en situation de risque)	Vise des individus (ou groupes) davantage exposés que les autres à des facteurs de risques connus. Il peut s'agir de caractéristiques sociodémographiques, psychosociales ou environnementales
Prévention indiquée (individus à risques manifestes)	Cible les individus ayant déjà manifesté un ou plusieurs comportements associés au problème visé. La prévention indiquée englobe notamment le repérage précoce et l'intervention brève

83 Observatoire français des drogues et des toxicomanies (2011). Cadres d'intervention de la prévention des usages de drogues. Approche européenne. Note n°2011-11. Saint-Denis.

Prévention centrée sur la personne et sur l'environnement

Une autre classification fait la distinction entre les deux approches préventives suivantes : celle visant le changement de comportement des groupes et des individus (prévention centrée sur la personne), et celle axée sur leur environnement (prévention structurelle). Pour être efficaces, les deux approches doivent être mises en œuvre de façon combinée et s'intégrer dans une stratégie globale⁸⁴.

Les mesures de prévention centrée sur la personne ont pour objectif de renforcer les compétences des individus en matière de santé. Il s'agit par exemple des campagnes médiatiques, de la prévention par les pairs ou des programmes visant le renforcement des compétences psychosociales chez les jeunes⁸⁵. L'efficacité de ce type d'intervention repose sur une mise en œuvre précoce et une approche à long terme : les activités ponctuelles sont généralement sans effet. De même, la transmission d'informations seule ne s'avère pas efficace. En outre, il est essentiel d'adapter les programmes aux groupes ciblés (âge, genre, lieux d'intervention, modes d'usage), tout en visant l'implication du public dans la démarche.

Quant aux mesures de prévention structurelle, elles sont mises en œuvre aux niveaux juridique et législatif. Elles ont pour but de modifier l'environnement et de créer des milieux de vie favorables à la santé. C'est

ainsi que les limitations de l'accessibilité à l'alcool, les restrictions en matière de publicité, la politique des prix et la taxation ont une influence sur les habitudes de consommation. Relèvent aussi de la prévention structurelle les mesures prises dans certains environnements, par exemple dans les entreprises.

STANDARDS DE QUALITÉ EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET DE RÉDUCTION DES RISQUES ASSOCIÉS À L'USAGE DE DROGUES

Standards de qualité européens en prévention des drogues (EDPQS, 2010)

Ces standards de qualité ont été élaborés par le «Partenariat européen pour les standards de prévention» (EDPQS), sur la base d'un projet d'étude cofinancé par l'Union Européenne en 2008. Ce partenariat était porté par un consortium multidisciplinaire regroupant diverses organisations en Europe. La méthode de travail a consisté à examiner et à compiler les standards internationaux et nationaux existants, en menant une enquête auprès de 400 professionnel·les dans six pays européens.

Le projet a donné lieu à la publication d'un manuel en 2010⁸⁶. Conçu pour les professionnel·les de terrain, ce guide comprend une description des 8 étapes nécessaires à l'élaboration d'un projet de prévention des drogues, ainsi qu'une liste de standards à utiliser pour la planification et la mise en œuvre des actions⁸⁷. En 2015,

une collection de quatre «boîtes à outils EDPQS» a été publiée et mise en ligne sur le site www.prevention-standards.eu

Standards de qualité européens en prévention des drogues

- › Programme pertinent pour les publics-cibles
- › Conforme à l'éthique
- › Scientifiquement fondé
- › Source de données probantes
- › Coût-efficace
- › Faisable
- › Viable

Les outils EDPQS décrivent les approches à adopter, plutôt que le contenu des interventions. En cela, ils se distinguent d'autres standards, dont ceux de l'Office des Nations-Unies contre la drogue et le crime (voir ci-dessous).

Normes internationales en matière de prévention de l'usage de drogues⁸⁸

Les Normes internationales ont été élaborées par un groupe d'expert·es. Elles sont fondées sur les recommandations émises par diverses organisations dont l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, la Commission Interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues, l'Organisation Mondiale de la Santé, ou le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Le document présente une série d'interventions, classées par catégorie d'âge et dont l'efficacité a été démontrée dans différents pays.

84 Addiction suisse (2013). Concepts de prévention des dépendances. Suisse : Lausanne.

85 OFDT (n.d.). Prévention en milieu scolaire. URL: <https://www.ofdt.fr/aide-aux-acteurs/prevention/principes-dintervention-valides/prevention-en-milieu-scolaire/>

86 EMCDDA (2011). *European drug prevention quality standards*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

87 EMCDDA (2014). *Standards de qualité européens de prévention des usages de drogues : un guide rapide*.

88 The United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) and the World Health Organization (WHO) (2018). *International Standards on Drug Use Prevention*. Second updated edition.

Processus de consensus sur des normes de qualité pour la prévention, le traitement et la réduction des risques des problèmes de toxicomanie en Belgique (Étude COMIQS.BE)

Dans le cadre du Programme de recherches d'appui à la note politique fédérale relative à la problématique de la drogue, un groupe de recherche commissionné par Belspo et le SPF Santé publique a mené une étude consacrée aux normes de qualité en matière de drogues⁸⁹. Cette étude était fondée sur le constat suivant : contrairement à d'autres pays européens, la Belgique n'a pas encore développé de standards de qualité concernant la réduction de la demande de drogues. L'étude COMIQS.BE poursuivait donc trois objectifs :

- 1) Identifier les normes de qualité disponibles en Europe et documenter les prérequis nécessaires à leur mise en œuvre, en se basant sur une sélection de bonnes pratiques
- 2) Évaluer, auprès de différents acteurs, l'acceptabilité des normes de qualité EQUUS⁹⁰ et aboutir à un consensus sur les standards minimaux à adopter en Belgique
- 3) Déterminer des normes idéales pour la prévention, le traitement et la réduction des risques en Belgique.

.....
⁸⁹ Autrique, M., Demarest, I., Goethals, I. et al. (2016). *Processus de consensus sur des normes de qualité minimales et idéales pour la prévention, le traitement et la réduction des risques des problèmes de toxicomanie (COMIQS.BE) : résumé*. Bruxelles : Politique scientifique fédérale.

⁹⁰ «EQUUS» : Étude sur le Développement d'un cadre européen pour des normes de qualité minimales et des points de référence concernant la réduction de la demande de drogues.

POUR EN SAVOIR PLUS

Autrique, M., Demarest, I., Goethals, I. et al. (2016). *Processus de consensus sur des normes de qualité minimales et idéales pour la prévention, le traitement et la réduction des risques des problèmes de toxicomanie (COMIQS.BE) : résumé*. Bruxelles : Politique scientifique fédérale★

Commission européenne. Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, Comité économique et social européen et au Comité des régions (2006). *Une stratégie de l'Union européenne pour aider les États membres à réduire les dommages liés à l'alcool*★

EMCDDA (2011). *European drug prevention quality standards*. Luxembourg: Publications Office of the European Union★

OMS (2011). *Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020*. OMS Europe. Genève★

OMS (2010). *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*. OMS. Genève★

UNODC and WHO (2018). *International Standards on Drug Use Prevention*. Second updated edition★

STRATÉGIES ET POLITIQUES BELGES

Pour diverses raisons, ces mesures ont été jugées inadéquates par certains ministres et parlementaires⁹², et par plusieurs associations⁹³.

LE (NON) PLAN NATIONAL ALCOOL

En Belgique, les négociations infructueuses entre le Gouvernement fédéral et les entités fédérées autour d'un plan d'action national alcool (PANA) perdurent depuis près de dix ans. En 2013, le PANA 2014-2018 n'a pas été adopté, faute de consensus politique.

Depuis 2016, de nouvelles concertations ont été menées dans le cadre de la Conférence interministérielle santé publique mais elles ont été interrompues. En mars 2017, Maggie de Block, la ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé publique, a annoncé l'adoption d'une série de mesures axées sur la consommation problématique d'alcool. Cette initiative fédérale ne constitue pas en soi un «Plan national alcool» puisqu'aucun accord politique n'a été trouvé.

Les mesures annoncées par la ministre fédérale sont notamment l'augmentation des accises, le renforcement des contrôles sur les distributeurs automatiques de boissons, la sensibilisation des prestataires de soins au sujet de l'alcool durant la grossesse, une surveillance publicitaire plus stricte, une clarification de la législation sur l'alcool pour les jeunes, et l'extension du projet-pilote «liaison alcool» dans les services d'urgence de huit hôpitaux⁹¹.

91 Communiqué de presse du cabinet de Maggie De Block du 24 mars 2017.

92 Stévenot, C., Hogge, M. (2020). Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires. 2019. Eurotox asbl.

93 Voir, par exemple, les arguments développés par le réseau «Jeunes, alcool & société» en 2017. URL: <http://www.jeunesetalcool.be/plan-alcool-de-block-lance-un-ecran-de-fumee/>

LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ⁹⁴

Dans son rapport publié en juin 2018, le Conseil Supérieur de la Santé fournit une série de recommandations stratégiques en matière de consommation d'alcool.

94 Conseil Supérieur de la Santé (2018). Risques liés à la consommation d'alcool (CSS no 9438). Bruxelles.

RECOMMANDATIONS DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ			
Financements	➢ Renforcer structurellement l'éducation, la prévention et la réduction des risques (informations de santé et éducation à la santé via divers canaux)	Prix	➢ Mettre en œuvre une politique de prix diversifiée, avec comme mesures possibles : – Prix minimum par unité d'alcool vendue au détail – Interdiction d'offrir des boissons alcoolisées gratuitement ou à prix considérablement réduit – Augmentation des taxes et accises
Recherche	➢ Financer la recherche scientifique sur les conséquences de la consommation d'alcool, et l'évaluation des effets des interventions et des mesures politiques		
Collaborations	➢ Interdire les collaborations entre les travailleurs de santé et les autorités publiques d'une part, et des producteurs et distributeurs de boissons alcoolisées, d'autre part		
Soutien aux personnes	➢ 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 (détection précoce et interventions brèves en première ligne et offre suffisante de soins spécialisés) ➢ Favoriser auprès de la population un auto-monitoring régulier des habitudes de boisson, avec l'aide en particulier du médecin généraliste	Offre	➢ 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 les magasins de nuit) ➢ Garantir une mise à disposition gratuite d'eau du robinet dans l'HORECA
	Publicité et sponsoring	➢ Interdiction complète de la publicité et du sponsoring liés à l'alcool ➢ Ne plus lier les espaces de campagnes de prévention aux espaces de publicité pour l'alcool et fournir des espaces de prévention garantis et indépendants	Législation sur la vente
Étiquetage	➢ Adapter l'étiquetage des boissons alcoolisées par l'ajout des informations suivantes : – Indications nutritionnelles (au minimum le nombre de calories par 100 ml) – Nombre d'unités d'alcool par contenant – Mention «l'abus d'alcool est dangereux pour la santé» à la place de l'actuel slogan «notre savoir-faire se déguste avec sagesse»	Alcoologie	➢ Reconnaître la fonction et titre «d'alcoologue» diplômé, sur base des formations existantes et assurer une formation de base et continue en alcoologie suffisante pour tou-te-s les médecins et autres professions de santé

LE PLAN STRATÉGIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE (2018-2022)⁹⁵

Dans le Plan bruxellois de promotion de la santé, l'alcool figure dans deux priorités thématiques : celle consacrée à la promotion des milieux et comportements favorables à la santé, et celle portant sur la prévention de l'usage de drogues et la réduction des risques.

95 Service public francophone bruxellois. Service de la santé, COCOF. Plan stratégique de Promotion de la santé 2018/2022 du Gouvernement francophone bruxellois.

Par ailleurs, le Plan prévoit la mise en place d'un «réseau de prévention et réduction des risques liés à la consommation d'alcool». Ce réseau, porté par le groupe «Jeunes, Alcool & Société»⁹⁶ depuis 2018 , a pour missions principales de 1) promouvoir et favoriser l'intersectorialité et la concertation entre les acteurs concernés par cette thématique, 2) promouvoir et favoriser le partage

96 Le Groupe rassemble douze associations actives dans le secteur de la santé, de la jeunesse et de l'éducation : Citadelle, Conseil de la Jeunesse, Les Scouts, Groupe RAPID, Infor-Drogues, Jeunesse et Santé, Latitude Jeunes, Ligue des Familles, Prospective Jeunesse, Question Santé et Univers Santé.

d'expertises et de savoirs, 3) promouvoir et favoriser la prise en compte du caractère multifactoriel des problématiques liées à l'usage d'alcool et de l'impact des déterminants individuels, collectifs et sociétaux, 4) faire remonter les besoins, analyses, et constats vers les instances et institutions concernées, dont le service d'accompagnement.

PLAN STRATÉGIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE (2018-2022)	
Priorités thématiques	Stratégies mises en œuvre
Priorité 1 : Promouvoir et soutenir les environnements et comportements favorables à la santé en matière d'alimentation, d'activité physique, de consommation d'alcool et de tabac	➤ Participer au recueil, à l'utilisation et à la diffusion des données quantitatives et qualitatives relatives à l'état de santé des Bruxellois-es et ses déterminants en matière d'alimentation, activité physique, consommation d'alcool et de tabac principalement
	➤ Encourager, au niveau fédéral, la régulation des pratiques commerciales principalement en matière d'alcool, d'étiquetage, et d'amélioration de la composition nutritionnelle des aliments
	➤ Poursuivre et renforcer les actions existantes en matière de prévention et de réduction des risques liés à la consommation d'alcool (en articulation avec la 7e priorité thématique)
Priorité 7 : Prévenir l'usage de drogues licites (notamment l'alcool) et illicites, et en réduire les risques	➤ Poursuivre et renforcer les actions de prévention primaire et de réduction des risques chez les jeunes
	➤ Poursuivre et renforcer les actions existantes, notamment en matière de consommation d'alcool dans les milieux étudiants et festifs
	➤ Poursuivre les actions existantes en matière de Réduction des Risques liés à l'usage de drogues licites et illicites en milieu festif
	➤ Développer des actions spécialement destinées aux publics vulnérables et dans des milieux de vie où les situations de consommations et les modes de consommation génèrent des prises de risques spécifiques
	➤ Développer le recueil de données coordonnées entre l'ensemble des intervenant-es et des services concernés : - Assurer un monitoring sociologique et soutenir le développement d'indicateurs pertinents et le recueil de données à l'échelle bruxelloise - Participer au système d'alerte précoce en informant les acteurs et les usager-es - Analyser les possibilités de collaboration au sujet du recueil des données bruxelloises «drogues» - Participer à la réalisation d'un état des lieux des besoins et de l'offre des services à l'échelle régionale - Contribuer à la lutte contre la stigmatisation des usager-es de drogues de manière transversale

LE PLAN WALLON DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ HORIZON 2030 (2018)⁹⁷

Le Plan wallon est décliné en deux parties. La première, présentée au Gouvernement wallon en février 2017, définit des priorités de santé publique et les objectifs stratégiques. La seconde partie détaille les mesures concrètes à mettre en œuvre⁹⁸. Dans ce Plan, le thème de l'alcool figure dans bon nombre d'objectifs stratégiques, notamment ceux qui concernent la promotion des modes de vie et milieux favorables à la santé, la réduction du nombre de cancers, la prévention du suicide et des traumatismes, et la promotion du «bien vivre» chez les personnes âgées.

De plus, l'alcool et d'autres substances psychoactives sont abordés dans la section consacrée à la «prévention des usages addictifs et la réduction des risques». Cette thématique a été développée en collaboration avec les intervenant·es du secteur spécialisé, via des groupes de travail. Les actions spécifiques prévues en matière d'alcool sont synthétisées dans le tableau suivant.

.....
97 Gouvernement wallon. Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie. Partie 1 : Définition des priorités en santé. Horizon 2030.

98 Gouvernement wallon. Plan wallon de prévention et de promotion de la santé. Partie 2. Référentiel pour l'action.

PLAN WALLON DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ HORIZON 2030

Prévention des usages addictifs et la réduction des risques

Objectifs spécifiques	Actions
Renforcer les ressources, les connaissances et les compétences du grand public, des décideurs, des consommateur·rices et de leurs proches en matière de consommation	➤ Développer, diffuser et rendre accessibles des outils d'information et de sensibilisation adaptés aux différents publics et milieux, et renforcer ceux déjà existants. » Par exemple, poursuivre et soutenir le développement du site Réseau Alcool (www.reseualcool.be) et du site Aide alcool (www.aide-alcool.be). ➤ Appuyer le travail d'expertise mené par la cellule alcool de la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) auprès des différentes entités ou acteurs de la société (entités fédérées, presse, grand public, asbl de patient·es, etc.)
Promouvoir un environnement favorable dans les différents milieux de vie en agissant sur les déterminants de la santé	➤ Sensibiliser les responsables et décideurs régionaux et locaux à l'importance d'agir sur les environnements. La sensibilisation peut porter par exemple sur l'importance de la réglementation des lieux de fête dépendant de leur autorité : eau gratuite à disposition, pas de sponsor d'alcoolier, etc. ➤ Favoriser les échanges et la consultation entre le secteur des assuétudes et les instances politiques. Il s'agit notamment de développer des plaidoyers afin d'orienter l'élaboration ou l'application de mesures législatives pour qu'elles soient le plus en accord avec les besoins rencontrés sur le terrain et de fournir aux cabinets et administrations une synthèse des résultats du monitoring socio-épidémiologique et leur adresser des recommandations. » Un exemple est le travail d'expertise mené par la cellule alcool de la SSMG dans le cadre d'une réflexion menée avec d'autres partenaires en vue d'établir un avis «low-risk alcohol drinking».
Clarifier les législations autour des produits et développer des alternatives légales au modèle prohibitionniste	➤ Établir un contrôle de l'éthique publicitaire et encourager l'interdiction de la publicité pour l'alcool dans l'espace public. ➤ Obliger l'étiquetage nutritionnel sur les boissons alcoolisées. ➤ Réaliser une analyse critique de la législation «alcool» ainsi que des recommandations pour viser une meilleure compréhension de celle-ci.
Sensibiliser, outiller et renforcer les connaissances, compétences et savoir-être des professionnels en matière de prévention, de promotion de la santé et de réduction des risques	➤ Proposer des formations, sensibilisations, accompagnements, interventions aux professionnel·les, futur·es professionnel·les et bénévoles des secteurs psycho-médicosocial, pénitentiaires, etc. » Par exemple, le site www.reseualcool.be initié par la SSMG, pour sa partie réservée aux professionnel·les : service «Docs to Docs», Foire Aux questions et outils/ressources pour les professionnel·les. ➤ Développer, structurer et rendre visible l'offre de formation continue à destination des professionnel·les du secteur et des secteurs connexes (logement, aide à la jeunesse, justice, social, enseignement, etc.). Des formations continues pour intégrer le travail par les pairs dans les pratiques professionnelles devraient par exemple être menées. » Pour mentionner l'existant, citons la volonté de la SSMG de poursuivre et optimiser le travail mené par leur cellule alcool dans la co-organisation avec l'ULG, l'UCL et l'ULB d'un certificat interuniversitaire en alcoologie depuis l'année académique 2016-2017, et de la formation continue en alcoologie au travers des dodécagroupes (DDG), GLEMs, etc. Ou encore, les formations destinées aux intervenant·es pour développer le repérage précoce et les interventions brèves. En matière d'alcool, des formations continues sont notamment dispensées par la SSMG dans la formation continue en médecine générale. ➤ Accompagner des démarches de prévention institutionnelle. Il s'agit d'analyser toute demande émanant de professionnel·les de tous milieux confondus et y apporter une réponse individualisée, que cela soit relatif à la RDR, et/ou à la gestion de situations problématiques, et/ou à la prévention. » Concernant le milieu de l'entreprise par exemple, il y a lieu de développer et de s'appuyer sur la convention collective de travail n°100 : la Convention collective de travail concernant la mise en œuvre d'une politique préventive en matière d'alcool et de drogues dans l'entreprise.

RECOMMANDATIONS DU SECTEUR NON MARCHAND

En 2016 et 2017, la Fédito bruxelloise⁹⁹ et le Réseau «Jeunes, Alcool & Société»¹⁰⁰ ont diffusé une série de propositions en faveur d’une politique globale et intégrée en matière d’alcool.

LES RECOMMANDATIONS DU SECTEUR NON-MARCHAND

Les propositions du groupe «Jeunes, alcool et société» et de la Fédito bruxelloise étant très proches, nous les avons combinées ici. Les propositions sur lesquelles le groupe «Jeunes, alcool et société» ne s’est pas encore prononcé et qui n’ont été formulées que par la Fédito sont marquées d’un *

Clarifier la loi

- Clarifier la législation en matière de vente, de service et d’offre d’alcool aux mineur-es d’âge, notamment en adoptant la distinction suivante :
 - Aucune boisson alcoolisée pour les moins de 16 ans
 - Toute boisson alcoolisée dont le taux ne dépasse pas 16° autorisée à partir de 16 ans
 - Toute boisson alcoolisée autorisée à partir de 18 ans

Interdire/réguler la publicité

- Interdire la publicité pour les produits alcoolisés
- Créer un Conseil fédéral de la publicité, dont le pouvoir serait contraignant en matière de pratiques commerciales (voir encadré ci-dessous)
- Découpler la publicité alcool des espaces de campagnes de prévention sur les médias publics : le législateur doit garantir un quota fixe d’espaces gratuits pour la prévention

Limiter l’offre

- Etendre l’interdiction de vente de spiritueux sur les aires d’autoroute à toutes les stations-services et à tous les produits alcoolisés*
- Adopter une politique de prix minimum, proportionnel au taux d’alcool de la boisson et évalué au prorata du coût des dommages actuels de l’alcool pour la société*

Dépénaliser l’apprentissage parental

- Dépénaliser l’apprentissage parental (la loi actuelle interdisant toute délivrance de boissons alcoolisées aux jeunes de moins de 16 ans, même dans le contexte familial) et ainsi permettre aux parents d’assurer un rôle éducatif en matière d’alcool, même auprès des mineur-es

Renforcer la prévention, la promotion de la santé et la réduction des risques

- Renforcer structurellement l’éducation, la prévention et la réduction des risques
- Rééquilibrer le financement des actions de prévention, de réduction des risques (RdR) et de promotion de la santé par rapport aux actions liées à la sécurité et à la répression
- Rendre l’eau gratuite dans l’Horeca (cette mesure est actuellement à l’étude au niveau de la Commission Européenne)
- Inscrire les actions de prévention et de réduction des risques dans une démarche de promotion de la santé*

Former et informer

- Obliger l’étiquetage nutritionnel sur les boissons alcoolisées, comme tout produit alimentaire
- Renforcer la formation des professionnel-les spécialisé-es ou non, quelle que soit leur discipline, afin que leurs pratiques s’accordent davantage avec les principes de la RdR et de la promotion de la santé, et s’inscrivent dans une approche non-jugeante*
- Faciliter l’accès à l’information des usager-es, de leurs proches et des professionnel-les afin d’améliorer leurs connaissances de la consommation d’alcool et des services disponibles (en ligne, en institution, etc.)*
- Rendre l’application de la réglementation possible, en formant les personnes travaillant dans les points de vente d’alcool à des moyens concrets afin d’appliquer la loi, et en les sensibilisant à la conduite responsable*

Collecter des données

- Mettre en place une collecte harmonisée de données relatives à l’usage problématique et non-problématique d’alcool, afin de mieux saisir le phénomène et ses évolutions*

99 Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes. Propositions pour une politique globale et intégrée en matière d’alcool, mars 2016.

100 Voir document «Vers une politique «Alcool» cohérente», 2017, disponible sur le site internet du groupe «Jeunes, Alcool & Société».

L'INTERDICTION DE VENTE AUX MINEUR-ES D'ÂGE

La législation actuelle ne punit pas le fait pour une personne mineure de consommer de l'alcool. Elle interdit par contre de vendre, servir ou offrir toute boisson dont le taux d'alcool dépasse 0,5 % aux mineur-es de moins de 16 ans. Tout alcool éthylique ou eaux-de-vie dénaturés ou non, liqueurs ou boissons spiritueuses de plus de 1,2 % sont interdits aux moins de 18 ans, ainsi que les vermouths, les vins de raisins frais et autres boissons fermentées (par ex. cidre, poiré, hydromel...) de plus de 22 %, et toute eau-de-vie contenant des produits en solution ou non (voir la loi du 24 janvier 1977 modifiée par la loi du 10 décembre 2009¹⁰¹, et celle du 7 janvier 1998). Cette interdiction concerne tout le monde, y compris les distributeurs automatiques, les parents de jeunes mineur-es et toute personne achetant des boissons alcoolisées à destination d'une personne mineure.

De nombreux acteurs de la société du civile et du monde politique s'accordent sur le manque de clarté de la loi en matière d'alcool et sur la difficulté, dès lors, de la mettre en application (voir ci-après, ainsi que le résumé de la recherche ALCOLAW de Belspo, disponible sur notre site internet eurotox.org).

Le Service de contrôle Tabac et Alcool du SPF Santé publique emploie une trentaine

d'inspecteur-ices afin de contrôler le respect de la législation en matière de vente d'alcool aux mineur-es d'âge (par distributeur automatique ou personne réelle). La loi de 1977 les autorise à saisir et détruire les boissons et autres produits à base d'alcool obtenues en infraction à l'interdiction de vente aux mineur-es.

Les détaillant-es n'ont pas l'obligation de vérifier l'âge des personnes qui achètent ou consomment des boissons ou autres produits à base d'alcool. Ils-elles peuvent cependant être tenus responsables en cas de non-respect de l'interdiction. La loi de 1977 les autorise à demander une preuve de l'âge (n'importe quel document est accepté). Les distributeurs automatiques, quant à eux, doivent obligatoirement disposer d'un lecteur de carte d'identité, qu'il est interdit de débrancher.

LES AUTRES INTERDICTIONS DE VENTE

La loi du 28 décembre 1983 interdit la vente de boissons spiritueuses à emporter sur le domaine des autoroutes. Est interdite également l'installation de débits servant des boissons spiritueuses dans les hôpitaux, les cliniques, les écoles et tout local où se réunissent des mineur-es d'âge (sauf les débits occasionnels).

LES AUTORISATIONS D'ACHAT, DE VENTE ET DE SERVICE

Pour exploiter un débit de boisson (consommation sur place), une autorisation de la commune est nécessaire. Les commerçant-es (achat et vente), quant à eux, doivent adresser une demande d'autorisation à l'administration des douanes et accises du SPF Finances.

LA RÉPRESSION DE L'IVRESSE PUBLIQUE

L'arrêté-loi relatif à la répression de l'ivresse du 14 novembre 1939 prévoit des sanctions en cas d'état d'ivresse dans un lieu public. Il punit également toute personne servant des boissons enivrantes à un individu manifestement ivre ou faisant boire une personne jusqu'à ivresse manifeste.

CONDUITE EN ÉTAT D'IVRESSE

La loi sur la circulation routière du 16 mars 1968 instaure les sanctions à l'égard des personnes conduisant un véhicule ou une monture, ou accompagnant un conducteur en apprentissage, alors qu'elles sont sous l'influence de l'alcool. Les limites légales sont de 0,22 milligramme par litre d'air alvéolaire expiré (analyse de l'haleine) ou de 0,5 gramme par litre de sang (analyse sanguine). Depuis 2015, ces limites sont plus basses pour les chauffeur-ses professionnel-les (camion, bus, bus scolaire, etc.), dans le cadre de leurs déplacements professionnels. Il fait également noter que les jeunes conducteur-ices (moins de deux ans de permis) contrôlé-es positif-ves et au-delà de 0,22 mg par litre d'air alvéolaire expiré se verront systématiquement retirer le permis et devront le repasser.

ÉTIQUETAGE

Le règlement n°1169/2011 du Parlement européen et du Conseil de l'Union Européenne rend obligatoire la mention du volume d'alcool sur l'emballage des boissons de plus de 1,2 % d'alcool en volume. La liste des ingrédients n'est pas obligatoire pour les boissons contenant plus de 1,2 % d'alcool (l'obligation s'applique donc aux boissons contenant moins de

¹⁰¹ Pour voir les grandes conclusions de l'évaluation de la loi de 2009, commandité par Belspo, voir ci-après au Chapitre 3.1.

1,2 % d'alcool). La Commission européenne a toutefois adopté un rapport concernant l'extension de l'obligation aux boissons alcoolisées. En mars 2018, les alcooliers ont soumis une proposition d'autorégulation à la Commission européenne qui devra se prononcer sur la question.

PRIX ET ACCISES

Les accises sont réglées par la loi du 7 janvier 1998 concernant la structure et les taux des droits d'accise sur l'alcool et les boissons alcoolisées (mise à jour en 2016).

CONSOMMATION ET IVRESSE SUR LE LIEU DE TRAVAIL

La loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleur-ses lors de l'exécution de leur travail concerne l'ensemble des employeur-ses et travailleur-ses, du secteur public et privé. Chaque organisation employant des personnes a l'obligation d'analyser et prévenir les risques et de prendre les mesures nécessaires en vue de promouvoir le bien-être de ses travailleur-ses. Dès lors, si la consommation d'alcool (et de drogues en général) est évaluée comme un risque, des mesures préventives concrètes doivent être prises par l'employeur-se.

Parallèlement, la Convention Collective de Travail n°100, rendue obligatoire par l'arrêté royal du 28 juin 2009, détermine les conditions minimales auxquelles doit correspondre une politique préventive en matière d'alcool et de drogues dans le secteur professionnel privé. L'employeur-se a pour obligation de mettre en œuvre une politique collective visant à prévenir le dysfonctionnement au travail dû à la

consommation d'alcool. Les travailleur-ses doivent de leur côté collaborer positivement à la politique menée et se conformer aux éventuelles règles édictées.

La direction peut élaborer une déclaration de politique ou d'intention reprenant les grandes lignes de cette politique. Des règles explicites peuvent également être rédigées, concernant la disponibilité (ou non) d'alcool au travail, le fait d'apporter de l'alcool sur le lieu de travail et la consommation d'alcool liée au travail, ainsi que les procédures en cas de dysfonctionnement ou de transgression. La Convention recommande d'appliquer la politique à l'ensemble de la hiérarchie et de consulter les travailleur-ses dans le but d'identifier les problèmes collectifs auxquelles ils-elles sont confronté-es. L'employeur-se peut soumettre les travailleur-ses à des tests de dépistage, si certaines conditions sont satisfaites ; les tests, par exemple, peuvent uniquement être utilisés dans un but préventif et avec le consentement du travailleur-se. De plus, l'employeur-se veille à créer au sein de son entreprise un cadre favorable au travail des conseiller-es de prévention. Enfin, la politique préventive de l'entreprise est régulièrement évaluée et ajustée.

LA RÉGULATION DES PUBLICITÉS POUR L'ALCOOL

La loi du 24 janvier 1977 instaure la possibilité, pour le Roi et dans une perspective de santé publique, de réglementer et interdire la publicité concernant l'alcool et les boissons alcoolisées. La publicité pour l'alcool est une compétence fédérale. Deux institutions remplissent un rôle de contrôle des publicités : le Jury d'éthique publicitaire

(JEP) en Belgique et le Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB).

Le Jury d'éthique publicitaire

Le JEP est un organe d'autorégulation financé par le Conseil de la publicité, dont l'objectif est la promotion de la publicité. Ses décisions reposent, d'une part, sur des dispositions auto-disciplinaires et, d'autre part, sur la Convention en matière de publicité et de commercialisation des boissons contenant de l'alcool du 25 janvier 2013, conclue entre les différents acteurs concernés (producteurs, distributeurs, fédérations Horeca, organisations de consommateurs et le JEP) et signée par la ministre fédérale en charge de la Santé publique d'alors, Mme Onkelinx.

Selon cette Convention, la publicité pour l'alcool ne peut pas, entre autres, cibler les jeunes, présenter la consommation d'alcool comme un symbole de maturité ou l'associer à la réussite sociale, à la performance sexuelle, à l'amélioration des prestations sportives ou à l'ambiance de fête ; elle ne peut pas non plus « inciter à une consommation irréfléchie, exagérée ou illégale », ni mettre en scène des personnes qui conduisent sous influence d'alcool.

Les jurys d'éthique publicitaire de 1re instance et d'appel sont composés depuis 2008 de manière paritaire par le secteur de la publicité et la société civile. Il est important toutefois de noter que les membres censés représenter la société civile ont de fait davantage des intérêts dans la publicité que dans la santé publique. Suite à une plainte, le JEP peut formuler un avis de réserve à l'attention de l'annonceur, ou une décision de modification ou d'arrêt

d'une publicité ; les décisions du JEP ne sont cependant pas contraignantes. Afin d'actualiser et renforcer les compétences du JEP, la ministre fédérale de la santé a pris plusieurs dispositions au printemps 2019. Désormais, le SPF Santé publique sera consulté lors du traitement des plaintes concernant la publicité pour l'alcool reçues par le JEP. De plus, la Fédération des brasseurs et le secteur des vins devront demander l'avis du JEP pour leurs campagnes audiovisuelles nationales (uniquement en radio, télévision et cinéma) ; l'avis préalable ne concerne cependant pas l'ensemble des supports publicitaires (affiches, internet, réseaux sociaux, etc.). Le JEP a également la possibilité nouvelle de réclamer des amendes en cas de récidive au cours d'une même année ; les amendes peuvent monter jusqu'à 10.000€, ce qui est relativement peu, surtout compte tenu des enjeux économiques liés à la publicité d'alcool.

Malgré ces changements, l'on ne peut actuellement pas parler de réelles obligations de soumettre une publicité au JEP avant sa diffusion et les possibilités du JEP pour sanctionner pénalement ou financièrement sont extrêmement limitées. Il faut également noter que la vigilance envers les publicités repose entièrement sur les consommateur-rices et donc la société civile ; et si porter plainte est gratuit, les actions en appel sont payantes (100€), ce qui peut être rédhibitoire pour la société civile, mais sans doute moins pour les alcooliers. De plus, les temps de traitement des plaintes et d'application des sanctions n'est pas suffisamment court pour réellement empêcher la diffusion de campagnes publicitaires ne respectant pas la Convention ; il faut en effet tenir compte

que dans une société hyperconnectée où l'information se propage très rapidement, même un délai de quelques jours est largement suffisant pour qu'une campagne soit vue des (certaines de) milliers de fois et fasse le «buzz».

Depuis le 2 septembre 2019, le JEP applique la nouvelle version du Code de la Chambre de Commerce Internationale, dont la révision entend répondre à la croissance de la communication numérique et des réseaux sociaux. Ainsi, les contenus publicitaires, quels qu'en soient le support de diffusion ou la forme, doivent désormais être clairement identifiés comme tels. Le caractère publicitaire et commercial d'une publicité doit être évident et transparent (une publicité ne peut pas se faire passer pour autre chose, par exemple une étude de marché, une enquête auprès des consommateur-rices, une publication privée sur les médias sociaux, etc.). Le champ d'application du Code est élargi et concerne désormais tous les supports et plateformes (y compris les médias sociaux, les communications mobiles, virtuelles et marketing utilisant l'intelligence artificielle), ainsi que tous les acteurs et actrices de l'écosystème du marketing (y compris les influenceurs, les blogueurs, les vlogueurs, les réseaux d'affiliés, les sociétés d'analyse de données et de technologies publicitaires)^{102,101}. Si cet élargissement de la compétence du JEP est une avancée non négligeable, il est bon de rappeler que 1)

102 Article «La nouvelle version du Code de la Chambre de Commerce Internationale (ICC) désormais appliquée par le JEP en Belgique», Communiqué de presse du JEP du 21/06/2019 ; URL : <https://www.jep.be/fr/nouvelles/la-nouvelle-version-du-code-de-la-chambre-de-commerce-internationale-icc-desormais>

les publicités actuellement diffusées (tous supports confondus) contournent déjà les mesures d'autorégulation et 2) toutes les techniques de marketing ne sont pas couvertes (*streetmarketing*, *advergaming*, etc.).

Le Conseil supérieur de l'audiovisuel

De son côté, le CSA est composé d'un Collège d'avis et d'un Collège d'autorisation et de contrôle. Ce dernier est notamment chargé de contrôler le respect des obligations des éditeurs de services, des distributeurs de services et opérateurs de réseaux, ainsi que de sanctionner les infractions à ces obligations. Outre les président-e et vice-président-es, il est composé de six membres, dont trois sont désignés par le Parlement de la FWB et trois par le Gouvernement. Ces membres sont reconnus pour leurs compétences en matière de droit, d'audiovisuel ou de communication, et ne peuvent exercer une fonction de nature à créer un conflit d'intérêt personnel ou fonctionnel.

La FWB s'est dotée d'un Décret coordonné sur les services de médias audiovisuels le 26 mars 2009, pour lequel le CSA est compétent¹⁰⁴. Le décret établit notamment que les radios et télévisions qui diffusent

103 Si, dans son arrêt du 29 mai 2019, le JEP considère bien que les posts Instagram faisant la promotion de produits alcoolisés sont des publicités, il n'est cependant pas d'avis qu'ils sont à destination des mineur-es. Or, si les mineur-es ne représentent pas la majorité des utilisateur-rices de ce réseau social, ils-elles en font pourtant bien partie. En effet, les jeunes personnes représentent une partie non négligeable des utilisateur-rices de plusieurs réseaux sociaux majeurs, notamment Instagram, Snapchat et YouTube.

104 Sont concernés tous les services de radio ou de télévision établis en Région de langue française ou en région bilingue de Bruxelles-Capitale (dont

de la publicité en faveur des boissons alcoolisées mettent gratuitement à disposition du Gouvernement des espaces pour la diffusion de campagnes d'éducation à la santé. Aussi, il réglemente en partie le contenu des publicités ; le CSA est dès lors compétent lorsqu'une publicité porte atteinte au respect de la dignité humaine ou à la protection des mineur-es, incite à la haine, à la violence ou à la discrimination. Il n'est toutefois pas toujours compétent pour juger du contenu des publicités et est donc susceptible de renvoyer certaines plaintes vers le JEP.

Le CSA peut prononcer des sanctions administratives à l'encontre des éditeurs, distributeurs et opérateurs relevant de sa compétence, que ce soit au moyen d'un avertissement, de la suspension (ou du retrait) du programme incriminé, d'une amende, etc. Il n'agit toutefois qu'après la diffusion du programme ou de la publicité.

.....
les services sont exclusivement rattachés à la Communauté française).

BONNES PRATIQUES EN MATIÈRE DE POLITIQUES PUBLIQUES

Relecture : Martin de Duve (Univers Santé asbl)

L'alcool est une substance psychoactive particulièrement disponible en Belgique, puisqu'on la trouve dans les établissements du secteur de l'Horeca¹⁰⁵, dans les commerces alimentaires, chez les marchand-es de journaux, dans de nombreux distributeurs automatiques de boissons ou encore dans les stations-services et les night-shops. Quels que soient l'heure et l'endroit, il est possible de se procurer de l'alcool sans grande difficulté.

Le prix de vente de l'alcool en Belgique est quasiment identique à celui de la moyenne des pays de l'Union Européenne (Eurostat, 2018). Mais il existe certaines disparités par rapport à nos pays limitrophes, qui peuvent avoir un impact sur les comportements d'achat. Ainsi, alors que l'indice du niveau de prix (*price level indice*¹⁰⁶) des boissons alcoolisées est de 103 pour la Belgique (la moyenne européenne étant de 100 par définition), il est de 90 en France, de 87 en Allemagne et de 96 au Grand-Duché de Luxembourg. Autrement dit, les prix pratiqués dans ces trois pays sont inférieurs

à ceux de la moyenne européenne et de la Belgique. Ces différences à la défaveur de la Belgique ont tendance à favoriser les achats transfrontaliers.

Selon les chiffres officiels publiés par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le nombre de litres d'alcool pur vendu annuellement en Belgique par habitant de 15 ans ou plus est de 10,4 litres. Ce nombre abstrait correspond à 200 litres de bière à 5,2° (soit 800 verres de 25cl par an, ce qui correspond à 2,2 verres par jour), ainsi qu'à 86,7 litres de vin à 12° (soit 115 bouteilles de 75cl ou encore 690 verres de 125cl par an, ce qui correspond à un peu moins de 2 verres 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'habitants 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 des transfrontaliers).

Le succès de l'alcool dans les pays occidentaux et a fortiori en Belgique s'explique par différents facteurs : publicité excessive, loi ambiguë et peu appliquée, marketing agressif à l'égard des jeunes, absence de régulation de l'offre dans certains lieux publics, sous-financement de la prévention... Cette situation est en outre compliquée par **l'absence d'un plan national alcool** qui permettrait de mieux réguler l'offre et de s'attaquer aux problématiques de surconsommation de manière cohérente et intégrée.

Prévenir les dommages liés à l'alcool, réduire les risques concomitants et lutter contre le développement de consommations problématiques reposent notamment sur la mise en œuvre d'un **ensemble de stratégies politiques efficaces, combinées et coordonnées**. Il est essentiel de prendre conscience que l'une ou l'autre stratégie, mise en œuvre isolément, n'a que peu de chance d'être efficace. Il est également central que soient pris en compte dans les processus d'élaboration de politiques publiques **les effets néfastes et indésirables que celles-ci pourraient avoir sur les populations les plus vulnérables**. Enfin, parmi les bonnes pratiques en matière de politiques publiques, **le soutien politique et financier des dispositifs de prévention et de réduction des risques** menés

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

106 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.

majoritairement par le milieu associatif est tout à fait central ; les bonnes pratiques en matière de prévention et réduction des risques font l'objet d'un chapitre à part (chapitre 4).

STRATÉGIES POLITIQUES EFFICACES VISANT LA RÉDUCTION DES DOMMAGES LIÉS À L'ALCOOL ¹⁰⁵

- 1** Réduire la disponibilité et l'accessibilité de l'alcool
- 2** Adopter et mettre en œuvre un plan national alcool
- 3** Taxation et politique de prix
- 4** Réguler le contexte de consommation
- 5** Réduire l'attractivité
- 6** Encadrer le lobbying alcoolier
- 7** Mesures liées à l'alcool au volant
- 8** Éducation et information publiques
- 9** Soutien de la recherche et évaluation des politiques publiques
- 10** Contrôle de l'application de la loi
- 11** Soutenir et financer la mise en place de dispositifs de prévention et réduction des risques (cet aspect sera développé dans le chapitre 4)

DE L'IMPORTANCE DE PLANIFIER ET DE FINANCER ¹⁰⁶

Pour assurer le succès de l'implantation d'une nouvelle législation ou d'un plan national alcool, l'OMS recommande de prévoir :

- Des ressources suffisantes
- Des agent-es de contrôle de l'application de la nouvelle législation
- La participation des organisations non-gouvernementales
- Des médias sensibilisés et informés au sujet de la question couverte par la législation, afin qu'ils présentent une information objective et un point de vue éclairé
- Une population sensibilisée et confiante vis-à-vis de la nouvelle législation
- Un plan d'implantation qu'il est préférable de préparer en amont de la législation. Il comprend notamment la consultation de l'ensemble des parties concernées, l'identification des ressources humaines et financières, le développement d'un plan de sensibilisation et d'information, une évaluation périodique, etc.

.....
¹⁰⁷ Addiction Suisse (2006). *L'alcool, un bien de consommation peu ordinaire. Quelles sont les mesures les plus efficaces en matière de politique de l'alcool ?* Institut Suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, Lausanne ; Anderson P, Møller L & Galea G (2012). *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*. World Health Organisation, Regional Office for Europe, Copenhagen ; Babor T. et al. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and Public Policy*. Oxford, Oxford University Press.

¹⁰⁸ OMS (2011). *Addressing the harmful use of alcohol: A guide to developing effective alcohol legislation*. Suisse: Genève.

RÉDUIRE LA DISPONIBILITÉ ET L'ACCESSIBILITÉ DE L'ALCOOL

La recherche scientifique est formelle : plus les boissons alcoolisées sont disponibles, plus la consommation d'alcool et les problèmes liés augmentent. L'inverse est également vrai : à mesure que la disponibilité est réduite, la consommation et les problèmes liés baissent¹⁰⁹. De plus, cette relation est renforcée lorsque le nombre de points de vente change significativement. La recherche souligne également qu'une forte densité de points de vente est liée à une plus forte consommation d'alcool chez les mineur-es¹¹⁰ et à davantage de problèmes liés à la consommation d'alcool (y compris en termes d'ordre public et de violences¹¹¹).

Les restrictions en matière de disponibilité de l'alcool visent à réguler les lieux, les heures et les contextes dans lesquels les usager-es peuvent obtenir de l'alcool. Elles regroupent donc une multitude de mesures possibles qui comprennent, par exemple, la densité des lieux de vente, l'attribution de licences et la restriction de l'accessibilité (notamment par l'instauration d'un âge minimum légal) ou de l'offre en certaines circonstances. L'ensemble de ces mesures requièrent, pour être efficaces, la mise

en place de dispositifs de contrôle et de renforcement de l'application de la loi.

Les stratégies de réduction de l'offre d'alcool sont centrales dans la protection des groupes vulnérables et à haut risque. Elles participent également à faire évoluer les normes sociales et culturelles qui incitent à faire un usage abusif ou nocif de l'alcool. Les mesures de régulation de la disponibilité de l'alcool gagnent à prendre en compte les particularités locales, tant sur le plan social et culturel qu'économique, et les obligations internationales contractées¹¹².

Les coûts liés à la réduction de la disponibilité de l'alcool sont faibles en comparaison aux coûts liés aux conséquences relatives à la consommation d'alcool (et particulièrement la surconsommation)¹¹³. Des coûts supplémentaires peuvent se présenter en cas de trop forte opposition de la part de la population. Outre cela, le principal effet indésirable d'une restriction de la disponibilité est le développement d'une production domestique et/ou d'un marché parallèle. Il semblerait toutefois qu'en l'absence préalable d'une production substantielle domestique ou parallèle, ce type d'effet collatéral est assez limité¹¹⁴. L'évaluation des mesures de réduction de l'offre doit aussi tenir compte des déplacements possibles vers d'autres usages ou d'autres produits que peut induire une restriction trop importante. Et dans le cas de la Belgique, cette évaluation doit aussi tenir compte de la taille du pays et de la possibilité pour de nombreuses personnes

d'effectuer des achats transfrontaliers dans des pays voisins où l'alcool est moins onéreux.

1) L'INTERDICTION TOTALE OU PARTIELLE (TEMPORAIRE)

Théoriquement, l'interdiction totale ou partielle de la consommation et la vente d'alcool permettrait de réduire les dommages et problèmes liés à l'alcool. Le risque est cependant qu'un déséquilibre se crée entre l'offre et la demande et que le marché noir se saisisse de cette demande non couverte. Ce risque est d'autant plus élevé et l'interdiction inenvisageable dans les sociétés où une large proportion de la population associe la consommation d'alcool à un plaisir social et/ou sensoriel.

Certaines interdictions temporaires ou circonstancielles peuvent toutefois être bien acceptées. C'est notamment le cas de l'interdiction de la consommation sur le lieu de travail (appliquée en Belgique) ou d'interdictions partielles temporaires lors d'événements sportifs (par exemple, l'interdiction des bières fortes, lors de l'Eurofoot de 2000 à Eindhoven aux Pays-Bas, s'est accompagnée d'une baisse des violences commises par les supporters¹¹⁵).

109 Babor T. et al. (2010), op. Cit.

110 OMS (2007). WHO Expert Committee on problems related to alcohol consumption. Second report, WHO technical Report Series, n°944. Suisse: Genève.

111 OMS (2011), op. cit.

112 OMS (2010). Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif d'alcool. Suisse : Genève.

113 Babor et al (2010), op. cit.

114 OMS (2007), op. cit.

115 Addiction Action Suisse (2006). L'alcool, un bien de consommation peu ordinaire. Quelles sont les mesures les plus efficaces en matière de politique de l'alcool ? Institut Suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, Lausanne.

INTERDIRE TOTALEMENT L'ALCOOL ? L'EXEMPLE DES ÉTATS-UNIS

Dans les pays où la production et la consommation d'alcool tiennent une place socioculturelle particulière et où l'alcool est consommé par une partie non négligeable de la population, sa prohibition totale et permanente aura très probablement des conséquences néfastes pour la santé publique.

Les États-Unis sont un cas d'école en la matière ; l'alcool y a en effet été interdit après la 1^{re} Guerre Mondiale (jusque 1933 ; la détention et la consommation personnelles n'étaient pas criminalisées). Il semblerait que la prohibition ait contribué à réduire la consommation et les dommages liés à l'alcool. Toutefois, ces effets ont vite été éclipsés par d'autres conséquences néfastes. En effet, la consommation d'alcool frelaté a entraîné énormément de problèmes de santé publique. De plus, les alcools forts étant davantage rentables pour le commerce parallèle, ceux-ci étaient plus disponibles que la bière ou le vin. Les décès liés à de fortes consommations d'alcool et les arrestations pour ivresse, après avoir baissé fin des années 1910, ont régulièrement augmenté au cours des années 1920 ; la corruption et les violences liées à l'ascension fulgurante des organisations criminelles, qui ont pris le relais en termes d'offre d'alcool, ont également connu une augmentation sans précédent.

Évaluer précisément l'ensemble des conséquences des années de prohibition reste toutefois un exercice difficile. D'abord, nombre de données n'étaient plus relevées pendant cette période, notamment la quantité d'alcool consommée par personne. Ensuite, la prohibition s'intercale avec plusieurs périodes historiquement significatives (la 1^{re} Guerre Mondiale, la Grande Dépression, et plus tard la 2^e Guerre Mondiale), qui rendent la lecture des tendances complexe¹¹⁴.

2) MONOPOLE D'ÉTAT VERSUS PRIVATISATION

Le nombre de lieux de vente et les heures d'ouverture sont plus restreints lorsque les lieux de vente sont gérés par l'État, limitant ainsi l'accès aux boissons alcoolisées (c'est le cas, par exemple, dans la plupart des provinces canadiennes et des pays scandinaves). Le monopole

d'État sur la vente d'alcool s'accompagne donc généralement d'une baisse de la consommation et des problèmes liés. Il semble également que les prescriptions légales, notamment l'interdiction de vente aux mineur-es et aux personnes alcoolisées, sont davantage respectées par les commerces étatiques, ceux-ci n'étant pas mus par le profit, mais par des objectifs de santé et d'ordre publics¹¹⁷. Les points de

vente étatiques pratiquent les mêmes prix sur tout le territoire¹¹⁸.

Au contraire, la libéralisation (ou la privatisation) de la vente d'alcool s'accompagne d'une augmentation du nombre de points de vente, d'une extension des heures d'ouverture et d'une moindre application des restrictions légales (la vente aux mineur-es, notamment ; Babor et al, 2010).

Les monopoles étatiques sont évalués comme peu coûteux et efficaces pour réduire les dommages liés à la consommation d'alcool, si tant est que les objectifs premiers d'un tel système soient la santé et l'ordre publics¹¹⁹. Ce type de lieux de vente (à emporter) peut être complété par l'attribution de licences à des lieux privés de consommation sur place (restaurants, cafés, etc.).

3) RESTREINDRE LES POINTS DE VENTE ET LIMITER LES HEURES D'OUVERTURE

L'étendue des heures d'ouverture et la densité des lieux de vente exercent une influence indéniable sur la consommation d'alcool et les problèmes liés à celle-ci. Plus la concentration de lieux de vente est élevée, plus la consommation l'est également. De plus, moins il y a de commerces à contrôler, plus les autorités de contrôle sont dans la capacité de s'assurer que la loi est bien appliquée.

De nombreuses études soulignent qu'une augmentation des jours et heures

.....
116 Hall, W. (2010). What are the policy lessons of National Alcohol Prohibition in the United States, 1920-1933? In *Addiction*, 105, 1164-1173.

.....
117 Babor et al. (2010), op. cit.

.....
118 OMS (2011), op. cit.

119 Babor et al. (2010), op. cit.

d'ouverture des commerces s'accompagne de l'accroissement des dommages liés à l'alcool, y compris les accidents de la route, les troubles à l'ordre public et les actes violents. Les restrictions horaires ont un impact significatif sur les dommages liés à l'alcool, sans pour autant faire baisser les ventes d'alcool¹²⁰. Les limitations des heures d'ouverture auraient davantage d'effets sur les personnes qui n'ont pas de réserve d'alcool, en particulier les jeunes, notamment parce qu'ils n'en ont pas les moyens financiers ou parce qu'ils n'ont pas anticipé leur consommation¹²¹. Il convient cependant d'être prudent quant aux potentiels effets pervers d'une telle mesure. En effet, il est possible qu'en prévision de la fermeture imminente des points de vente (et donc des sources d'approvisionnement en alcool), les personnes de sortie accélèrent la cadence et augmentent les quantités consommées, dans l'espoir de conserver les effets de l'alcool plus longtemps.

4) LE SYSTÈME DE LICENCE

La densité, la localisation (par exemple, la proximité des établissements scolaires) et les heures d'ouverture peuvent notamment être régies par un système de licence, qui lie les lieux de vente et le pouvoir public régulateur. La plupart des législations prévoient en effet un système de licence, une autorité régulatrice (qui octroie, contrôle et retire les licences), les critères et conditions auxquels doivent répondre les lieux de vente, ainsi que les sanctions possibles en cas de non-respect de la loi et des engagements pris dans le cadre de la licence. La suspension ou le retrait d'une

licence sont particulièrement efficaces pour assurer l'application de la loi, davantage même que les amendes¹²². Une série de règles sont établies dans le cadre d'une licence, contraignant par exemple les détaillants à ne pas vendre aux mineurs d'âge, à vérifier l'âge des clients, à ne pas vendre ou offrir de l'alcool à une personne déjà alcoolisée, etc. C'est notamment le cas du *Liquor Act* de 2007 en Nouvelle-Galles du Sud (Australie). Un système de licence offre également la possibilité de former et sensibiliser les détaillants à l'application de la loi, par exemple en matière de vérification de l'âge, de réduction des nuisances sonores, de gestion des violences, de mise à disposition de nourriture, d'eau gratuite et de boissons non-alcoolisées, etc. Dans certains pays, les gérants d'établissements bénéficiant d'une licence ont l'obligation de suivre une formation portant sur leurs obligations légales et leurs responsabilités en tant qu'hôte (c'est le cas en Nouvelle-Zélande et dans certains États australiens)¹²³.

5) L'ÂGE LÉGAL MINIMUM (DE VENTE OU DE CONSOMMATION)

Plus un individu commence à boire régulièrement et/ou excessivement de l'alcool jeune, plus il est susceptible de développer une consommation problématique à l'âge adulte¹²⁴. De plus, les dommages liés à l'alcool sont plus importants chez des jeunes personnes que chez les adultes, pour une même quantité

bue^{125,126}. La recherche montre également que l'alcool a des conséquences néfastes sur le développement du cerveau des adolescents¹²⁷.

Fixer légalement un âge minimum d'achat et/ou de consommation d'alcool est l'une des pratiques de réduction de la disponibilité les plus répandues. L'instauration (voir le rehaussement) d'un âge minimum légal s'accompagne généralement d'une réduction des accidents de voiture sous l'influence de l'alcool, des taux de morbidité et de mortalité liées à l'alcool chez les jeunes personnes¹²⁸. Il semble cependant que cette mesure ait une influence moindre sur l'âge d'initiation¹²⁹. La plupart des études ajoutent une nuance : pour que les effets soient bénéfiques, il est central de mettre en place des dispositifs de contrôle et de renforcement de l'application de la loi¹³⁰. Ces dispositifs ont un meilleur rapport coût-efficacité lorsqu'ils reposent

120 OMS (2011), op. cit.

121 Addiction Action Suisse (2006), op. cit.

122 OMS (2011), op. cit. ; Babor et al. (2010), op. cit.

123 OMS (2011), op. cit.

124 Hingson, R. W., T. Heeren and M. R. Winter. 2006.

"Age at drinking onset and alcohol dependence: Age at onset, duration, and severity." *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 160: 739-746.

125 Habgood, R., S. Casswell, M. Pledger et al. 2001.

Drinking in New Zealand: National surveys comparison 1995 and 2000. Auckland: Alcohol and Public Health Research Unit, University of Auckland.

126 Wyllie, A., M. Millard and J-F. Zhang. 1996. Drinking in New Zealand: A national survey 1995. Auckland: Alcohol and Public Health Research Unit, University of Auckland.

127 National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism. 2004/5. "The effects of alcohol on physiological processes and biological development." *Alcohol Research & Health* 28(3): 125-131.

128 Babor et al. (2010), op. cit. ; OMS (2011), op. cit. Van Haver, T., Dirckx, N., Vander Laenen, F., De Clercq, B., Buijs, T., Mathys, C., van Praet S., Deforche B., El Houti, A., Van Damme, J., Van der Kreeft, P., & Lemaitre A. (2017). The Law of 2009 concerning the selling and serving of alcohol to youths: from state of the art to assessment. Final Report. Brussels : Belgian Science Policy, 239p.

129 OMS (2007), op. cit.

130 Addiction Action Suisse (2006), op. cit. ; OMS (2007), op. cit.

sur les détaillant-es, qui ont tout intérêt à sauvegarder leur business et à conserver leur droit de vendre de l'alcool¹³¹.

Les études ne sont pas unanimes quant aux effets du rehaussement de l'âge minimum légal sur la consommation des jeunes personnes : une partie non négligeable d'entre elles ne trouvent pas d'effet significatif, certaines montrent seulement un effet minime ; une majorité toutefois montre qu'un âge minimum plus élevé est associé à un taux de consommation plus faible. L'évaluation de la loi de 2009 en Belgique (baptisée ALCOLAW¹³²), menée conjointement par l'Université de Gand, la Haute école de Gand (HoGent) et l'Université de Liège, n'a relevé aucun effet de l'âge minimum légal défini par la loi de 2009¹³³, les jeunes étant nombreux à consommer des boissons alcoolisées même en deçà de l'âge légal. Constatant que l'état actuel de la recherche ne permettait pas de soutenir un rehaussement de l'âge minimum en Belgique, les chercheur-es ont recommandé de ne pas prioriser une telle mesure au sein du Royaume.

.....
131 OMS (2007), op. cit.
132 Van Havere et al. (2017), op. cit.
133 En Belgique, la loi de 2009 a introduit l'interdiction de vendre, servir ou offrir des boissons ou produit 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. En 2019, le ministère fédéral de la santé publique a clarifié la loi, sans la modifier : la vente d'alcool aux moins de 18 ans est interdite, à l'exception de la bière et du vin (y compris le vin mousseux) qui sont autorisés aux jeunes de plus 16 ans.

RECOMMANDATIONS DE L'ÉTUDE ALCOLAW (MORCEAUX CHOISIS)	
1	L'interdiction n'est pas suffisante auprès des jeunes. Les chercheur-es recommandent dès lors d'investir dans une approche globale, et notamment dans l'éducation et l'accompagnement des jeunes dans leurs décisions en matière de santé, et leur information sur l'ensemble des aspects en lien avec la consommation d'alcool
2	Adopter une loi qui requiert de demander l'âge d'un-e consommateur-ice avant de lui vendre de l'alcool, avec pour âge de référence 25 ans. La mise en place d'une telle loi devra s'accompagner de campagne de communication, des directives sur la manière de demander l'âge et des actions de contrôle
3	Les chercheur-es recommandent la mise en place d'étiquettes pour les boissons alcoolisées indiquant l'âge minimum légal requis pour son achat, ainsi que des avertissements de santé généraux et des informations pour les consommateur-ices. Indiquer clairement l'âge minimum aide les vendeur-ses à appliquer la loi et aux usager-es à faire un choix éclairé
4	Davantage d'actions de contrôle devraient être menées afin de s'assurer la bonne application de la loi de 2009 par les détaillant-es. Un premier contrôle pourrait servir d'avertissement, un second pourrait être mené en cas de manquement. Il est essentiel d'accompagner ces contrôles d'une bonne communication (voire de formations) afin d'augmenter le respect de la loi par les vendeur-ses
5	Des client-es mystères devraient être utilisé-es au niveau local à des fins de prévention et au niveau fédéral en tant que contrôle stratégique des actions coercitives
6	Les chercheur-es recommandent de limiter la disponibilité et l'accessibilité de l'alcool dans certains lieux, dans les villes ou à certains évènements, ainsi que dans les lieux où l'alcool est consommé sans surveillance (par exemple, les distributeurs automatiques). Les autorités locales devraient aussi remettre en question leurs propres politiques d'octroi d'autorisations.

Afin d'appliquer l'interdiction de vente aux mineur-es, les détaillant-es sont souvent autorisé-es, voire ont l'obligation, de demander une preuve de l'âge de la personne (par exemple, une carte d'identité, un passeport, un permis de conduire...).

6) LA VENTE AUX PERSONNES DÉJÀ ALCOOLISÉES

Nombre de pays interdisent de servir ou vendre des boissons alcoolisées aux personnes visiblement déjà alcoolisées, c'est notamment le cas de la Belgique. Le respect de cette loi n'est toutefois pas optimal en raison du manque de sensibilisation du personnel et de contrôle dans les débits de boissons. Les cas portés devant la justice sont d'ailleurs rares.

7) L'ACCÈS VARIABLE SELON LA TENEUR EN ALCOOL

L'accès aux boissons alcoolisées peut être variable selon la teneur en alcool. Par exemple, la loi peut autoriser une partie de la population à consommer des alcools à faible teneur, mais lui interdire la consommation d'alcool fort. C'est le cas notamment au Danemark, où les jeunes entre 16 et 18 ans peuvent uniquement acheter de l'alcool à moins de 16,5 % vol.

L'accès aux spiritueux peut être limité à certains points de vente particuliers. Dans de nombreux pays, ces boissons sont davantage taxées que les boissons à faible teneur en alcool ; la bière et le vin, en particulier, font l'objet d'accises plus favorables. Une telle stratégie semble avoir des effets en termes de réduction de la consommation globale d'alcool, du nombre d'états d'ébriété et des dommages liés¹³⁴.

.....
¹³⁴ Addiction Action Suisse (2006), op. cit.

RÉDUIRE LA PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES JEUNES : LE CAS DES PAYS-BAS

La prévalence de la consommation d'alcool chez les jeunes néerlandais-es scolarisé-es connaît une diminution régulière depuis 2003. En particulier, la prévalence sur la vie est passée de 84 % à 42 % sur la période 2003-2017, et la prévalence au cours du dernier mois de 55 % à 22 % sur la même période. Les baisses les plus importantes portent sur les périodes 2003-2005, 2007-2009 et 2011-2013 pour la prévalence sur la vie, et sur les périodes 2007-2009 et 2011-2013 pour la prévalence au cours du dernier mois. La prévalence du *binge drinking* au sein des jeunes ayant bu au moins une fois dans leur vie reste toutefois stable dans le temps (mais le nombre de jeunes concernés diminue en valeur absolue puisque la proportion de jeunes ayant expérimenté l'alcool une fois sur leur vie est en baisse)¹³⁵.

Ainsi, ces diminutions sont largement antérieures au rehaussement de l'âge légal minimum opéré en 2014. En effet, jusqu'à cette date, la loi néerlandaise autorisait les mineur-es de plus de 16 ans à acheter certaines boissons faiblement alcoolisées. Suite à une proposition du Parlement, l'âge minimum légal de vente et d'achat a été rehaussé à 18 ans pour toute boisson alcoolisée. À noter que la charge de veiller au respect de l'interdiction est revenue aux municipalités et que la consommation d'alcool dans un lieu public par une personne de moins de 18 ans est punissable. Le rehaussement de l'âge légal s'est accompagné d'une campagne d'information et de sensibilisation auprès des jeunes, des parents et du grand public. Un travail visant à déconstruire les idées reçues relatives à la consommation des pairs chez les jeunes a notamment été mené.

Certaines études montrent que depuis 2007, les attitudes des parents néerlandais envers l'alcool sont devenues plus strictes du point de vue des adolescent-es (lorsqu'ils-elles sont interrogé-es). Ce changement de pédagogie parentale a pu quant à lui être influencé par différents facteurs. D'abord, le début des années 2000 s'est accompagné d'une dynamique nouvelle en termes de recherches scientifiques démontrant les effets néfastes de la consommation d'alcool sur le développement des jeunes personnes. Ensuite, entre 2006 et 2012, le Gouvernement néerlandais a lancé une série de programmes de prévention et de

campagnes médiatiques visant à réduire la consommation d'alcool chez les adolescent-es, dont le public-cible était les parents. Enfin, entre 2003 et 2015, les politiques des établissements scolaires vis-à-vis de la consommation d'alcool sont devenues aussi davantage coercitives¹³⁶.

Parallèlement à ces changements, les Pays-Bas ont adopté en 2009 une loi interdisant la publicité pour l'alcool à la télévision ou à la radio entre 18h et 21h afin de réduire l'exposition des jeunes.

Globalement, le seul rehaussement de l'âge minimum légal ne suffit pas à provoquer une diminution de la prévalence de la consommation chez les jeunes personnes. L'exemple des Pays-Bas montre que, pour être efficace, il est nécessaire d'accompagner un changement de loi d'un dispositif d'information, de formation et de contrôle afin d'inciter à appliquer la nouvelle loi. Nous ajouterons qu'il faut également que celle-ci soit suffisamment claire pour que tout un chacun puisse la comprendre et l'appliquer correctement, et qu'elle soit assortie d'actions de prévention et de sensibilisation. Rajoutons aussi qu'une évaluation objective et globale doit aussi tenir compte d'un possible déplacement des pratiques des jeunes vers d'autres produits ou problématiques.

Ainsi, au-delà d'un simple changement législatif, un ensemble d'éléments conjoncturels peuvent intervenir dans la baisse de la consommation d'une population cible, qu'il s'agisse d'une évolution de la dangerosité perçue de tel ou tel produit psychoactif, de l'approche pédagogique et/ou coercitive des parents, des moyens financiers et humains investis dans les programmes de prévention, de détection précoce et de réduction des risques, la mise en œuvre sur le long terme d'une large campagne de prévention et d'information, l'augmentation des contrôles des points de vente, l'augmentation des prix et accises, une moindre exposition à la publicité, etc.

135 Stevens G, van Dorsselaer S., Boer M., de Roos S., Duinhof E., ter Bogt T., van den Eijnden R., Kuyper L., Visser D., Vollebergh W., de Looze M. (2018). HBSC 2017. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Universiteit Utrecht, Utrecht.

136 De Looze M., van Dorsselaer S., Monshouwer K., Vollebergh W. (2017). Trends in adolescent alcohol use in the Netherlands, 1992–2015: Differences across sociodemographic groups and links with strict parental rule-setting, in *International Journal of Drug Policy*, Volume 50, Pages 90-101.

3.2 ADOPTER ET METTRE EN ŒUVRE UN PLAN NATIONAL ALCOOL

Un plan national alcool agit généralement comme contrepois ou régulateur de l'ensemble des éléments conjoncturels qui influencent la consommation d'alcool de la population. Il peut modérer les attitudes (positives) vis-à-vis de l'alcool, limiter l'offre d'alcool et permettre d'éviter certaines situations et modes de consommation problématiques. Une politique «alcool» est centrée sur les rapports entre alcool, santé et bien-être, et vise la diminution de la consommation nocive (ou à risque), des problèmes liés à la consommation et de la consommation moyenne. Elle peut également participer à réduire la stigmatisation des consommateurs et consommatrices problématiques, et ainsi améliorer le recours aux services d'aide et de soins¹³⁷.

De meilleurs résultats sont obtenus lorsque l'adoption d'un plan national alcool s'accompagne d'une volonté politique forte, prolongée, coordonnée et bénéficiant d'un financement durable¹³⁸. Une politique nationale rencontre également davantage de succès lorsqu'elle

bénéficie d'une combinaison de mesures complémentaires, menées conjointement par l'ensemble des acteurs politiques, institutionnels, gouvernementaux, économiques, communautaires et associatifs (professionnel·les et usager·es) concernés¹³⁹.

Les mesures prises dans le cadre d'un plan national alcool devront bien entendu être évaluées, en fonction de leur efficacité intrinsèque (sur des critères qualitatifs et quantitatifs) et sur leur rapport coût-efficacité¹⁴⁰.

La Belgique ne bénéficie pas actuellement d'un plan national. Certaines instances belges ont d'ores et déjà formulé des propositions concernant les mesures qu'elles espèrent voir intégrées à un futur plan national alcool (cf. les propositions du groupe «Jeunes, Alcool & Société» et celles de la Fédito BXL au chapitre 2.3.). Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a quant à lui proposé les actions suivantes afin d'améliorer l'accès et le recours aux soins des personnes ayant une consommation nocive d'alcool¹⁴¹ :

- › Lancer une campagne d'information afin de sensibiliser le grand public aux risques et conséquences de la consommation d'alcool ;
- › Mettre en place ou renforcer des points de contact et des centres d'information à disposition de toute personne souhaitant poser des questions ou obtenir un soutien. Organiser la réorientation de ces

personnes vers des dispositifs existants et coordonner ceux-ci ;

- › Interdire aux assurances privées d'exclure les problèmes de santé provoqués par l'alcool de leur couverture ;
- › Réglementer plus strictement la publicité et la vente d'alcool.

137 Addiction Action Suisse (2006), op. cit. ; Mistiaen P, Kohn L, Mambourg F, Ketterer F, Tiedtke C, Lambrechts MC, Godderis L, Vanmeerbeek M, Eyssen M, Paulus D. Comment favoriser le recours à l'aide en cas de consommation problématique d'alcool ? – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2015. KCE Reports 258Bs

138 OMS (2010), op. cit.

139 Cour des comptes de France (2016) Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. Rapport public thématique. ; Mistiaen et al (2015), op. cit.

140 Addiction Action Suisse (2006), op. cit.

141 Mistiaen et al (2015), op. cit.

TAXATION ET POLITIQUE DE PRIX

Dans la plupart des pays, les boissons alcoolisées sont taxées par l'État et ne sont dès lors pas abandonnées aux seules lois du marché. Certains gouvernements réinvestissent les recettes fiscales dans le financement des dispositifs de prévention et de réduction des dommages liés à la consommation d'alcool.

Il existe globalement deux politiques en matière de prix : la taxation et l'instauration d'un prix minimum (ou «prix plancher» ou «prix de référence sociale»). Ces mesures sont à la fois économiques et largement reconnues comme efficaces¹⁴². La Belgique applique quant à elle la taxation, qui est régulièrement revue à la hausse.

Toute chose égale par ailleurs, augmenter les prix de l'alcool s'accompagne généralement d'une baisse de la consommation d'alcool, et la diminution des prix mène à une augmentation de la consommation. Un changement dans les prix a des effets différents selon le type d'alcool (bière, vin, spiritueux, etc.) et selon les habitudes de consommation au sein d'un pays. En effet, les boissons les plus consommées peuvent être considérées comme des aliments de base ou faisant partie intégrante de pratiques culturelles ; dès lors, les changements de prix peuvent

avoir moins d'impact sur les boissons concernées¹⁴³.

La hausse des prix impacte plus particulièrement les consommateur-rices des boissons alcoolisées à bas prix, qui sont principalement les jeunes consommateur-rices (qui ont un pouvoir d'achat moindre) et les consommateur-rices fréquents et excessifs (qui consomment généralement de l'alcool à bas prix). De fait, l'augmentation des prix a davantage d'effets sur les consommations fréquentes et excessives que sur les consommations moins fréquentes et modérées. Elle est également associée à une baisse du nombre d'intoxications, de décès et d'admissions en hôpital liés à la consommation d'alcool. De nombreuses études montrent enfin que le rehaussement des prix s'accompagne d'une réduction des dommages chroniques ou graves liés à la consommation d'alcool, quel que soit l'âge de l'usager-e^{144,145}. Il convient cependant d'être extrêmement attentifs aux effets néfastes qu'une augmentation des prix pourrait avoir sur les usager-es abusifs ou dépendants ayant un faible revenu. Ces personnes risquent en effet de sacrifier la satisfaction de certains besoins primaires (alimentation, logement), plutôt que diminuer leur consommation, risquant ainsi d'aggraver leur situation socio-sanitaire.

Plusieurs facteurs peuvent influencer l'efficacité d'une politique de prix, notamment les préférences des consommateurs et consommatrices, l'évolution du pouvoir d'achat, les opportunités alternatives d'offre d'alcool dans le pays (production domestique ou marché parallèle) ou dans les pays limitrophes, ou encore l'absence ou l'existence de mesures complémentaires visant à réduire la demande et l'offre d'alcool.

Toute politique efficace de taxation et d'augmentation du prix doit s'accompagner de mesures de contrôle des marchés illicites et parallèles, de mesures de prévention et de réduction des risques efficaces, ainsi que d'un réel travail de collaboration, d'information et de sensibilisation de l'ensemble des acteur-rices concernés¹⁴⁶.

142 OMS (2010), op. cit. ; Comité consultatif sur la Stratégie nationale sur l'alcool (2015). *Prix de référence sociale pour les boissons alcoolisées : un outil de promotion de la culture de modération pour les gouvernements au Canada*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.

143 Sornpaisarn B, Shield KD, Österberg E, Rehm J, editors (2017). *Resource tool on alcohol taxation and pricing policies*. Geneva: World Health Organization.

144 Comité consultatif sur la Stratégie nationale sur l'alcool (2015), op. cit.

145 Anderson P, Möller L & Galea G (2012) Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. World Health Organisation, Regional Office for Europe, Copenhagen.

146 OMS (2010), op. cit.

RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE TAXATION ET POLITIQUE DE PRIX¹⁴⁵

- 1 Instaurer un système national d'imposition spécifique pour l'alcool, assorti d'un système de répression efficace, qui peut tenir compte, le cas échéant, de la teneur en alcool des boissons
- 2 Appliquer les prix minimums à tous les types de boissons alcoolisées
- 3 Appliquer un prix minimum plus élevé pour les boissons à plus forte teneur en alcool
- 4 Procéder régulièrement à un examen et à un ajustement de la valeur des prix minimums
- 5 Ajuster régulièrement les prix minimums et la taxation pour suivre l'inflation et l'évolution des revenus
- 6 Combler les failles qui permettent de vendre de l'alcool à des prix inférieurs aux prix minimums
- 7 Interdire ou limiter les promotions directes et indirectes sur les prix, les rabais, la vente à un prix inférieur au prix de revient et les tarifs forfaitaires pour consommation illimitée ou les autres types de vente au volume
- 8 Mettre en place des mesures d'incitation par les prix à consommer des boissons non alcoolisées
- 9 Réduire ou supprimer les subventions aux acteurs économiques du secteur de l'alcool
- 10 Renforcer les mesures d'information, de prévention et de réduction des risques
- 11 Renforcer la formation des médecins généralistes et des acteur·rices de première ligne «santé» afin de les sensibiliser à la problématique «alcool» et les former à l'intervention brève

.....
 147 OMS (2010), op. cit. ; Comité consultatif sur la
 Stratégie nationale sur l'alcool (2015), op. cit.

3.4 RÉGULER LE CONTEXTE DE CONSOMMATION

La consommation d'alcool et les problèmes liés à celle-ci sont fortement influencés par l'environnement physique et social des lieux de consommation. Certaines configurations favorisent davantage les comportements problématiques et les dommages liés à l'alcool. La recherche a notamment identifié les environnements permissifs, une forte concentration de personnes, un faible niveau de confort, un personnel peu entraîné, des promotions sur les boissons bon marché, la faible disponibilité de transports en commun et une musique forte, comme autant de facteurs de risque en termes de comportements problématiques^{148,149,150}. Certains facteurs socioculturels, tels que les habitudes de consommation, jouent également un rôle non négligeable ; c'est notamment le cas de l'augmentation en Europe de la pratique des présoirées et de la consommation d'alcool hors site (c'est-à-dire à domicile, dans la rue

148 Hughes, K., Quigg, Z., Eckley, L., Bellis, M., Jones, L., Calafat, A., Kosir, M., Hasselt, N. van. (2011). Environmental factors in drinking venues and alcohol-related harm: the evidence base for European intervention. *Addiction* 106(1), p. 37-46.

149 Hughes, K., Quigg, Z., Bellis, M. A., Calafat, A., Hasselt, N. van, Kosir, M. et al. (2012). Drunk and disorganised: relationships between bar characteristics and customer intoxication in European drinking environments. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(11), p.4068-4082.

150 Miller, B. A., Holder, H. D., & Voas, R. B. (2009). Environmental Strategies for Prevention of Drug Use and Risks in Clubs. *Journal of Substance Use*, 14(1), p. 19-38.

BONNES PRATIQUES RELATIVES AU CONTEXTE DE CONSOMMATION¹⁴⁹

Mesures	Description
Créer des lieux de consommation sûrs	Mettre en place des mesures telles que : gestion de la foule, possibilité d'acheter de la nourriture, disponibilité d'endroits calmes (<i>chill-out rooms</i>), visibilité des règles de savoir-vivre à respecter, accès à des services de soins, accès à de l'eau gratuite (il convient d'en informer les usager-es), utilisation des verres en plastique ou en verre sécurisé, etc.
Améliorer les environnements directs des lieux de consommation	Améliorer l'accès aux transports en commun, mettre à disposition des transports de nuit sûrs, améliorer l'éclairage public, mener des interventions de réduction du bruit, offrir des soins et abris aux personnes en état d'ébriété grave.
Appliquer les lois et contrôler	Appliquer les lois en vigueur concernant la vente d'alcool aux mineur-es, l'entrée des mineur-es de moins de 16 ans en discothèque, la vente d'alcool aux personnes en état d'ébriété.
Former au service responsable de boissons alcoolisées	Former le personnel à servir de l'alcool de manière responsable : reconnaître et prévenir l'ébriété, contrôler l'âge, refuser de servir de l'alcool, organiser des moyens de transport pour les personnes ivres, adopter une bonne conduite face aux personnes ivres et agressives, etc.
Responsabilité légale de ceux qui servent de l'alcool	Engager la responsabilité des détaillant-es et personnel de service pour les dommages causés par des client-es ivres.
Former à la prévention de la violence	Former le personnel de service à la manière de se comporter face à des personnes agressives.
Informers les consommateur-rices	Informers les consommateur-rices des méfaits de l'alcool et les indiquer sur l'étiquette des boissons alcoolisées.
Prévention à l'échelle communale	Mener des politiques locales de prévention à l'échelle de la commune, en associant les détaillant-es, les services de police et les médias locaux.

151 Anderson P, Møller L & Galea G (2012), op. cit. ; OMS (2010), op. cit. ; Babor et al (2010), op. cit. ; Addiction Action Suisse (2006), op. cit.

ou dans des lieux publics, avant de se rendre dans des bars ou discothèques)¹⁵².

Les politiques visant à modifier la manière dont l'alcool est servi et les conditions de sa consommation (voir tableau) aspirent à réduire les dommages et méfaits liés à l'alcool (y compris les intoxications et les problèmes de violence), sans pour autant agir sur la demande d'alcool en soi, ni porter de jugement de valeur en faveur ou défaveur de la consommation d'alcool. Il s'agit d'un des axes de travail des stratégies de réduction des risques. Les connaissances actuelles préconisent cependant de combiner ces politiques à des stratégies complémentaires¹⁵³. Les actions menées avec succès peuvent participer à réduire les comportements à risque, protéger la santé des consommateur·rices et des travailleur·ses au sein des lieux de consommation, et prévenir tout effet négatif plus large sur la communauté (notamment les actes de vandalisme) ou sur la société (par exemple, l'absentéisme au travail)¹⁵⁴. En Belgique, les plans de promotion de la santé des Régions bruxelloise et wallonne comprennent des mesures de régulation du contexte de consommation (voir chapitre 2.3).

.....
152 Anderson P, Møller L & Galea G (2012), op. cit.

153 OMS (2010), op. cit.

154 Anderson P, Møller L & Galea G (2012), op. cit.

RÉDUIRE L'ATTRACTIVITÉ

1) RÉGULER LE MARKETING, LE SPONSORING ET LA PUBLICITÉ

Les alcooliers investissent énormément de moyens dans le marketing, afin de visibiliser au maximum leurs produits auprès des publics visés et de leur donner une image positive, désirable et sans risque. Or, nombre d'études longitudinales montrent que les jeunes personnes exposées à des messages commerciaux et médiatiques au sujet de l'alcool sont davantage susceptibles de commencer à boire que celles qui ne l'ont pas été^{155,156,157,158}. De même, les adolescent-es hautement exposé-es à de la publicité ont une consommation d'alcool plus élevée au cours de leur vingtaine que celles et ceux qui ont été légèrement exposé-es^{159,160}.

155 Collins RL, Ellickson PL, McCaffrey D (2007). Early adolescent exposure to alcohol advertising and its relationship to underage drinking. *Journal of Adolescent Health*, 40(6):527-534.

156 Ellickson PL et al. (2005). Does alcohol advertising promote adolescent drinking? Results from a longitudinal assessment. *Addiction*, 100(2):235-246.

157 Fisher LB et al. (2007). Predictors of initiation of alcohol use among US adolescents: findings from a prospective cohort study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161(10):959-966.

158 Stacy AW et al. (2004). Exposure to televised alcohol ads and subsequent adolescent alcohol use. *American Journal of Health Behavior*, 28(6):498-509.

159 Snyder LB et al. (2006). Effects of alcohol advertising exposure on drinking among youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(1):18-24.

160 Nathan Critchlow, Anne Marie MacKintosh, Christopher Thomas, Lucie Hooper, Jyotsna Vohra. Awareness of alcohol marketing, ownership of

La publicité dans les médias de masse est en quelque sorte la partie visible de l'iceberg ; les stratégies marketing des alcooliers englobent un ensemble de techniques, dont le caractère parfois dissimulé sert à contourner les lois en vigueur : les points de vente proposant des promotions, l'utilisation et la distribution de produits connexes avec le logo de la marque (par exemple, des verres, des t-shirts, des porte-clés, etc.), le packaging des produits, le sponsoring d'événements sportifs ou culturels, la publicité sur internet et les réseaux sociaux, etc. De nombreuses pratiques commerciales visent à augmenter les consommations, notamment la promotion de boissons gratuites à l'achat d'une certaine quantité d'alcool ou d'autres produits, les *happy hours*, les promotions temporaires à l'attention de certains groupes de consommateur-rices (par exemple, les mouvements de jeunesse), ou encore lier les contrats des cercles étudiants à la vente de volumes d'alcool minimums, etc.

Le marketing alcoolier est en constante évolution. De plus en plus multiforme et élaboré, il utilise différents canaux : les radios à destination des jeunes, la télévision, les événements sportif et culturels (notamment musicaux), les sites internet, les réseaux sociaux, les smartphones, le parrainage par des organisations ou célébrités appréciées par le public cible, et les placements de produits dans les films ou séries. Le marketing se déplace de plus en plus vers les médias sociaux et digitalisés, transfrontaliers, où les réglementations étatiques

alcohol branded merchandise, and the association with alcohol consumption, higher-risk drinking, and drinking susceptibility in adolescents and young adults: a cross-sectional survey in the UK. *BMJ Open*, 2019; 9 (3): e025297.

ou les engagements d'autorégulation pris par les alcooliers sont contournables¹⁶¹.

Les études mesurant le lien positif entre l'exposition au marketing alcoolier et la consommation (notamment des jeunes) explorent encore assez peu les tendances actuelles telles que le sponsoring, la publicité sur internet ou les placements de produits. Elles tendent également à se focaliser sur l'une ou l'autre technique de marketing, alors que pour appréhender les effets du marketing sur la consommation d'alcool, il faut tenir compte de sa nature omniprésente, multicanale, et dès lors cumulative¹⁶².

Compte tenu de l'impact du marketing sur les jeunes personnes, et afin de protéger les populations vulnérables et de réduire les dommages liés à l'alcool en retardant l'âge de la première consommation, nombre d'organisations et chercheur-es recommandent l'adoption de réglementations en matière de marketing, de sponsoring et de publicité^{163,164,165}.

161 Pan American Health Organization (2016). PAHO Meeting on Alcohol Marketing Regulation: Final Report. Washington, DC: PAHO.

162 Anderson P, Möller L & Galea G (2012), op. cit.

163 Anderson P, Möller L & Galea G (2012), op. cit. ; OMS (2010), op. cit. ; Babor T.F., Jernigan D., Brookes C., Brown K. (2017). Toward a public health approach to the protection of vulnerable populations from the harmful effects of alcohol marketing. *Addiction*; 112 (Suppl. 1): 125-127.

164 Conseil Supérieur de la Santé (2018). *Risques liés à la consommation d'alcool*. Bruxelles : CSS. Avis n° 9438.

165 Decorte, T., Kramer, R., Vlaemynck, M., De Donder E., De Duve M. (2019). *Évaluation des modèles alternatifs pour la régulation de la publicité relative à l'alcool en Belgique (ALMOREGAL)*. Bruxelles : Politique Scientifique fédérale.

Suite à des lois restrictives en matière de publicité, la France et la Suède ont été poursuivies en justice au niveau local et international, l'argument des alcooliers étant que ces mesures entravent le libre accès au marché. Les cours ont toutes statué que le libre accès au marché n'exclut pas l'interdiction de la publicité à des fins de santé publique et que cette mesure était proportionnelle aux desseins des États¹⁶⁴.

RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE MARKETING¹⁶⁵

1 Interdire totalement le marketing alcoolier

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

2

- Interdiction générale des promotions temporaires (par exemple les *happy hours*)
- Inclure dans les réglementations toutes les formes digitales de marketing
- Inclure dans les réglementations 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

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
- ### 3
- 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 réglementations 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

.....
166 OMS (2011), op. cit.

167 Decorte, T., Kramer, R., Vlaemynck, M., De Donder E., De Duve M. (2019). *Évaluation des modèles alternatifs pour la régulation de la publicité relative à l'alcool en Belgique (ALMOREGAL)*. Bruxelles : Politique Scientifique fédérale ; ces recommandations sont proches de celles formulées par l'OMS (2010).

Afin d'éviter le contrôle étatique, les industries peuvent se soumettre à un autocontrôle. Toutefois, l'autorégulation des alcooliers est largement reconnue comme un échec, puisque les industries, mues par l'intérêt économique, violent constamment les règles et codes qu'elles ont constitués^{168,169,170}. À ceci s'ajoute l'ingéniosité dont les alcooliers font résolument preuve afin de contourner les lois visant la régulation de la publicité, lorsqu'elles existent. Face à ces constats, il est recommandé 1) de préférer une loi à une autoréglementation du secteur alcoolier, 2) d'interdire totalement l'accès à la publicité (y compris sur les sites internet et les réseaux sociaux) et 3) de renforcer les contrôles d'application des réglementations^{171,172}.

L'instauration de législations en matière de publicité fait partie des politiques publiques les moins coûteuses qui ont une influence sur la consommation et les dommages liés à l'alcool. Elles sont particulièrement efficaces lorsqu'elles couvrent l'ensemble des techniques de marketing et les éventuelles stratégies de substitution (comme le sponsoring sportif, par exemple)¹⁷³.

.....
168 Addiction Action Suisse (2006), op. cit.

169 Noel, J., F. Babor, T. & Robaina, K. (2016). Industry Self-regulation of Alcohol Marketing: A Systematic Review of Content and Exposure Research: Systematic Review of Alcohol Ad Content. *Addiction*.

170 Babor TF, Xuan Z, Damon D, Noel J. (2013). An empirical evaluation of the US Beer Institute's self-regulation code governing the content of beer advertising. *American Journal of Public Health*.

171 Gallopel-Morvan K., Spilka S., Mutatayi C. et al. (2016). La loi Évin relative au contrôle de la publicité en faveur de l'alcool appliquée en France : contenu, efficacité et limites. *Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)*.

172 OMS (2010), op. cit.

173 Addiction Action Suisse (2006), op. cit. ; OMS (2011), op. cit.

Enfin, signalons que l'impact du marketing commercial des alcooliers peut être efficacement contrebalancé par la diffusion de messages de contre-marketing. C'est le principe du marketing social, qui consiste à recourir aux principes et techniques du marketing pour modifier les attitudes et comportements du public cible en poursuivant un objectif sanitaire ou social.

LE CAS FRANÇAIS : LA LOI ÉVIN

Adoptée en 1991, la loi Évin a connu des modifications récentes en 2015 et en 2016. Ces modifications, adoptées sous la pression des lobbies alcooliers, ont sensiblement affaibli la portée de la loi qui était pourtant jusque-là une référence en la matière¹⁷⁴.

La loi Évin telle que modifiée en 2015 comprend trois mesures principales :

- 1) La publicité en faveur de l'alcool via les médias s'imposant à tou-tes, notamment les médias ciblant les jeunes, est interdite. Les médias non mentionnés par la loi sont interdits : la télévision, le cinéma, les festivals, les évènements sportifs et culturels, etc.
- 2) Dans les cas autorisés (dans la presse écrite pour adultes, affichage, publipostage, radio (limitée), fêtes et foires traditionnelles, services de communications en ligne (internet et applications, etc.), les informations sur le produit doivent se limiter à des données informatives ou factuelles et à des critères de qualité objectifs. Les publicités associant l'alcool au plaisir, au glamour, au succès, à la performance sportive ou sexuelle, à des leaders d'opinion, etc. sont par conséquent interdites.
- 3) Toutes les publicités en faveur de l'alcool doivent être accompagnées du message sanitaire «L'abus d'alcool est dangereux pour la santé».

L'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies) a évalué l'application de la loi, sur base des déclarations de 6.642 lycéen-nes dans le cadre de l'enquête ESPAD en France (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, 2015). L'enquête conclut que les jeunes sont toujours exposé-es aux publicités. D'abord, ils-elles ont accès à des médias visant les adultes. Ensuite, la loi n'est pas systématiquement appliquée et certaines publicités continuent à être diffusées sur des médias à destination des jeunes (notamment sur internet et les réseaux sociaux). De plus, les placements de marques d'alcool sont courants dans une partie des produits culturels consommés par les jeunes (notamment les films américains). Enfin, et nonobstant l'interdiction du parrainage officiel, les jeunes enquêté-es ont déclaré avoir été exposé-es à des publicités lors d'évènements sportifs ou culturels¹⁷⁵.

.....
174 Académie nationale de médecine, communiqué de presse du 29 avril 2019, URL : <http://www.academie-medecine.fr/1000040260-2/>

175 Gallopel-Morvan K., Spilka S., Mutatayi C. et al. (2016), op. cit.

LE MARKETING SOCIAL : UN OUTIL AU SERVICE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Dans leur article fondateur, Kotler & Zaltman (1971) définissent le marketing social comme «l'application des techniques utilisées en marketing commercial pour analyser, planifier, exécuter et évaluer des programmes dont le but est la modification volontaire du comportement d'une cible d'individus, afin d'améliorer leur bien-être personnel et celui de la société.»¹⁷⁴ Il peut se décliner en une approche critique, qui vise à dénoncer les pratiques des industriels et leur impact sur les comportements, et à favoriser la mise en place d'actions compensatoires (e.g. nouvelles mesures législatives ou réglementaires), et en une approche «positive» qui vise à promouvoir les attitudes et comportements favorables à la santé. C'est sur base de cette approche que certains acteurs s'efforcent de modifier les normes sociales relatives aux comportements d'alcoolisation et de corriger les perceptions erronées, afin de rendre les attitudes des publics cibles moins favorables au produit.

174 Kotler, P., & Zaltman, G. (1971). Social marketing: an approach to planned social change. *Journal of Marketing*, 35, 3-12.

2) GARANTIR L'INFORMATION DES CONSOMMATEUR-RICES

L'étiquetage est un moyen d'informer les consommateurs et consommatrices sur les produits qu'ils-elles achètent, de changer progressivement leurs comportements, et ainsi prévenir voire réduire les dommages liés à la consommation d'alcool.

Il existe globalement deux types d'informations : les ingrédients (notamment les allergènes) et valeurs nutritives (la quantité de sucre et la valeur calorique), et les avertissements sanitaires. Les avertissements sanitaires peuvent délivrer des messages clairs et concis sur les dommages possibles liés à la consommation, qui concernent l'utilisateur et/ou autrui. Les dommages concernés incluent ceux liés à la santé physique (cirrhose du foie, cancers, etc.), à la santé mentale, aux blessures physiques, à la violence et aux risques de dépendance. Certains messages peuvent également porter sur les risques liés à la consommation en période de grossesse, la conduite ou la manipulation de machines sous influence, la consommation concomitante de médicaments ou la consommation chez les mineur-es d'âge.

La littérature scientifique s'accorde à dire que les avertissements sanitaires améliorent les connaissances des consommateur-rices et qu'aucun effet négatif n'a été constaté. Cependant, leurs évaluations montrent actuellement une faible efficacité ; les chercheur-es attribuent celle-ci à la manière dont sont (in)visibilisés ces avertissements. Les alcooliers concentrent en effet leurs efforts pour rendre peu visible, et dès lors inopérante, l'information sur les risques liés à la consommation. Les logos et textes

se noient généralement dans le packaging du produit (petite taille, peu contrasté, texte peu attrayant, etc.)^{177,178}. Les messages d'avertissement sanitaire élaborés par le secteur sont également volontairement tournés en slogan commercial (par exemple «notre savoir se déguste avec sagesse» en Belgique).

De manière générale, les études relèvent que les consommateur-rices préfèrent des pictogrammes ou des textes informatifs très courts. Les informations en ligne, mises à disposition par les alcooliers, ne sont que rarement utilisées par les consommateur-rices. L'OMS suggère que les étiquettes des produits alcoolisés suivent l'exemple des produits du tabac et bénéficient de directives claires et standardisées, visibilisant l'information sanitaire, et que tout alcoolier devra suivre indépendamment de la marque concernée. Les avertissements sanitaires devraient être accompagnés par une invitation à l'action en cas de consommation problématique (un numéro d'appel ou un site internet, par exemple)¹⁷⁹.

177 OMS (2017). Alcohol Labelling. A discussion document on policy options. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe.

178 ANPAA (2017). Risque Alcool. Quelle politique mener ? Décryptage, n°23, France : Paris.

179 OMS (2017), op. cit.

ÉTIQUETAGE DES BOISSONS ALCOOLISÉES EN UNION EUROPÉENNE

L'obligation de fournir une liste des ingrédients et une déclaration nutritionnelle, instaurée par la Régulation européenne concernant l'information des consommateur·rices sur les denrées alimentaires, ne s'applique pas aux boissons contenant plus de 1,2 % d'alcool. La Commission européenne a toutefois adopté un rapport concernant l'extension de l'obligation aux boissons alcoolisées¹⁷⁸.

En mars 2018, les alcooliers ont soumis une proposition d'autorégulation à la Commission européenne qui devra se prononcer sur la question¹⁷⁹. Au cours de l'année 2019, plusieurs compagnies et groupes représentatifs de producteurs de spiritueux et des brasseurs ont été invités à signer le «Memorandum of Understanding», les engageant à renseigner sur les étiquettes de leurs produits les ingrédients et valeurs énergétiques d'ici 2022.

.....
180 La proposition est consultable à l'adresse suivante :
https://ec.europa.eu/food/sites/food/files/safety/docs/fs_labelling-nutrition_legis_alcohol-self-regulatory-proposal_en.pdf

181 Pour suivre le dossier, voir : https://ec.europa.eu/food/safety/labelling_nutrition/labelling_legislation/alcohol_en

ENCADRER LE LOBBYING ALCOOLIER

Outre les outils marketing et les politiques de prix attractifs, les alcooliers disposent d'une arme redoutable : le lobbying. Depuis plus d'une vingtaine d'années, les industries de l'alcool ont massivement investi dans la constitution d'organisations en charge des aspects sociaux, dont la mission est de gérer

toute problématique qui pourrait nuire à leurs affaires¹⁸².

Ces organisations adoptent plusieurs stratégies :

- Influencer les décisions et politiques publiques des organisations gouvernementales nationales et internationales. Les alcooliers n'ont en effet aucun intérêt à l'adoption de politiques publiques efficaces, ni à

une baisse de la consommation. Ils revendiquent donc régulièrement leur participation, au même titre que les acteurs de santé publique, aux discussions visant l'élaboration de politiques de santé publique (notamment en matière de prévention) ;

- Souligner les bénéfices économiques et le rôle culturel (voire patrimonial) de l'alcool ;

182 Anderson, P. (2002) The Beverage Alcohol Industry's Social Aspects Organizations: A Public Health Warning.

183 European Centre of Monitoring Alcohol Marketing (2011). The seven key messages of alcohol industry. URL: http://eucam.info/wp-content/uploads/2014/04/seven_key_messages_of_the_alcohol_industry.pdf

LES 7 MESSAGES-CLÉS DES LOBBIES ALCOOLIERES POUR EMPÊCHER LA MISE EN PLACE DE POLITIQUES PUBLIQUES EFFICACES¹⁸¹

- 1 Consommer de l'alcool est normal, commun, sain et très responsable
- 2 Les dommages liés à l'alcool sont causés par une minorité de personnes déviantes qui ne savent pas gérer leur consommation. Il s'agit de problèmes individuels, il n'est donc pas nécessaire de mettre en œuvre des mesures collectives
- 3 Les adultes normaux non consommateurs, ça n'existe pas. Ils-elles ne font en tout cas pas partie de la culture et des traditions contemporaines
- 4 L'alcool n'est pas une substance chimique nocive et addictive. L'accent est mis sur le savoir-faire des artisans et sur les «bienfaits» pour le corps et l'esprit
- 5 Les problèmes liés à l'alcool peuvent être réglés quand toutes les parties sont impliquées. L'industrie de l'alcool «se sent responsable» des éventuelles déviances liées à la consommation d'alcool et se porte volontaire pour prévenir tout effet délétère. Elle doit dès lors être libre de coopérer avec le gouvernement et les institutions de santé publique
- 6 Le marketing n'est pas nuisible et n'encourage pas à la consommation. Il participe simplement à assister les consommateurs-rices dans le choix d'un produit ou d'une marque. Afin de prévenir toute dérive d'une minorité de producteurs ou distributeurs, le système d'autorégulation donne suffisamment de bons résultats
- 7 L'éducation à la consommation responsable est la meilleure méthode pour protéger la société des problèmes liés à l'alcool. Les mesures visant à établir des prix minimums, un âge minimum légal et des restrictions en matière de publicité n'ont pas d'effet et sont uniquement symboliques.

- Intégrer toute organisation ou comité pertinent (sans lien spécifique avec l'alcool) afin d'élargir leur influence politique et leur crédibilité ;
- Revendiquer être une industrie « responsable » et s'approprier la prévention. Les alcooliers prétendent s'impliquer dans la prévention et dans le développement d'un commerce responsable. Toutefois, sous couvert de la rhétorique de « l'éducation au goût » et de la « consommation responsable », les alcooliers gênent la mise en œuvre de dispositifs préventifs efficaces et cherchent à sauvegarder (voire étendre) leur respectabilité et leur « vivier » de consommateur-rices ;
- Recruter des scientifiques, investir dans la recherche, organiser des conférences et promouvoir des publications scientifiques prestigieuses. L'industrie de l'alcool investit dans la recherche scientifique et concurrence ainsi les données scientifiques qui pointent du doigt les dommages et risques liés à la consommation d'alcool, et établissent un lien entre les niveaux de consommation d'une population et les conséquences sociales et sanitaires. Les effets positifs de la prévention, des mesures limitant l'accès à l'alcool et des restrictions en matière de publicité et de marketing sont également complètement ignorées. Les recherches financées par les lobbies alcooliers se concentrent sur les facteurs individuels (la génétique, la biologie individuelle, l'influence des parents et des pairs, etc.) ou sur des populations à risque bien circonscrites (femmes enceintes, jeunes, sécurité routière), et ce, afin de soutenir la thèse selon laquelle la responsabilité

d'une consommation modérée incombe aux consommateur-rices et non au produit, aux producteurs et distributeurs, et *in fine* protéger leurs intérêts économiques. En orientant les recherches et en priorisant certains sujets, les lobbies ne portent pas directement atteinte à l'indépendance et l'intégrité scientifiques ;

- Préparer et promouvoir des déclarations de consensus et des codes de conduite. L'industrie de l'alcool a tout intérêt à convaincre les autorités publiques de sa bonne volonté et de sa capacité à s'autoréguler (notamment en matière de marketing). Elle évite ainsi de se voir imposer des obligations légales et peut violer ses propres codes de conduite sans craindre des sanctions judiciaires¹⁸⁴.

Certaines bonnes pratiques peuvent être adoptées afin d'encadrer et rendre plus transparente l'action des lobbies :

- Publication dans un rapport annuel des dépenses en matière de lobbying des producteurs, importateurs et distributeurs ;
- Obligation pour les centres de recherche et de prévention de préciser l'origine de leurs financements, afin de prévenir les conflits d'intérêt et préserver l'indépendance des recherches et interventions de santé publique¹⁸⁵.

.....
 184 Anderson (2002), op. cit. ; ANPAA (2017), op. cit. ; ANPAA (2015). Les méthodes du lobby de l'alcool. Ou comment inciter les jeunes à boire. France : Paris.

185 Cour des comptes de France (2016), op. cit.

En Belgique, le règlement de la Chambre des représentants a été modifié en 2018 afin d'instaurer un registre des lobbies. Il n'identifie cependant pas quel-les parlementaires sont concerné-es et quelles activités ont été menées. Les membres du Gouvernement fédéral ne sont quant à eux pas soumis à un tel registre.

LES LOIS FRANÇAISES ENCADRANT LES LOBBIES

Depuis 2016, plusieurs lois participant à l'encadrement des lobbies ont été adoptées. La loi du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique définit pour la première fois les représentant-es d'intérêts et établit l'inscription dans un répertoire des personnes susceptibles d'être reconnues comme telles. Les lois du 15 septembre 2017 pour la confiance dans la vie publique introduisent l'interdiction pour les parlementaires d'exercer une activité de lobbyiste et l'interdiction pour les lobbies de rémunérer les collaborateur-rices parlementaires ou de l'exécutif. Ces lois n'ont cependant pas encore fait l'objet d'évaluations ; l'on peut relever toutefois que leur application dépend de la bonne volonté du pouvoir exécutif et de la mise en place d'une institution indépendante de contrôle.

MESURES LIÉES À L'ALCOOL AU VOLANT

L'alcool est le plus important facteur de risque en matière de causalité et de sévérité des accidents de la route. La consommation d'alcool, même en petite quantité, augmente en effet les risques d'accident. Les risques sont plus élevés pour les jeunes conducteur-rices peu ou pas expérimenté-es (les hommes davantage que les femmes). Il faut toutefois noter que, si les jeunes personnes ont un risque relatif plus grand d'accident lié à l'alcool, la consommation d'alcool au volant et les accidents corrélés concernent davantage les adultes de plus de 40 ans.

L'alcool perturbe les fonctions perceptives (e.g. vision trouble, diplopie), attentionnelles (e.g. temps de réaction allongé, distractibilité accrue) et motrices (e.g. coordination, équilibre et motricité fine altérés) et altère donc grandement les capacités de conduite. Il augmente également la probabilité d'adopter des comportements à risque tels que les excès de vitesse ou la non-utilisation d'équipements de sécurité (casque, ceinture de sécurité, etc.)¹⁸⁶.

Plusieurs stratégies, qui ne concernent pas directement la sécurité routière, ont un impact sur la réduction des accidents de la route en lien avec l'alcool, notamment l'instauration d'un âge minimum de vente, les politiques de réduction de l'offre ou les formations au service responsable de boissons alcoolisées^{187,188}. Pour davantage de détails concernant les dispositifs de prévention, de répression, de réhabilitation et les recommandations en matière de législation, nous invitons le lecteur ou la lectrice à se référer au chapitre 4.2.

.....
186 Anderson P, Möller L & Galea G (2012), op. cit.

.....
187 OMS (2007), op. cit.

188 Institut de Recherche et Documentation en économie de la santé (2016). La politique de lutte contre l'alcoolisme en France. URL : www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-politique-de-lutte-contre-l-alcoolisme-en-france.pdf

ÉDUCATION ET INFORMATION PUBLIQUES

Les programmes d'éducation et d'information publics, donc organisés par l'État, ont un impact généralement faible. Et lorsque des effets positifs sont constatés, ils sont rarement durables. Il serait faux cependant de considérer que les programmes d'éducation et de sensibilisation n'ont pas leur place dans le paysage de la santé publique et de la prévention. En effet, en premier lieu, la profusion et l'omniprésence des messages incitant à boire de l'alcool, ainsi que les moyens gargantuesques mis dans le marketing alcoolier, annulent en grande partie les efforts investis dans l'éducation et l'information. Il serait dès lors erroné de considérer que lesdits programmes sont intrinsèquement peu efficaces.

En second lieu, conserver les dispositifs d'éducation et d'information permet d'éviter de désinvestir l'éducation à destination de l'ensemble de la société au profit du capital individuel, de perdre un moyen central de sensibiliser et gagner le soutien de la population au sujet d'autres politiques publiques, et enfin de laisser un vide dont pourrait se saisir l'industrie de l'alcool.

En troisième lieu, il est important de prendre en compte l'intérêt économique de l'État à investir dans les programmes de santé publique, de promotion de la santé et de prévention. Une étude récente montre en effet que les interventions locales et nationales menées par les

autorités étatiques offrent des retours sur investissement substantiels et permettent d'éviter des coûts en matière de soins. Les chercheur-es en déduisent dès lors que les coupes budgétaires au sein de la santé publique représentent une perte financière et qu'elles sont de fait susceptibles d'engranger des coûts additionnels aux services de santé et à l'économie générale¹⁸⁹.

Afin d'améliorer l'impact des programmes d'éducation et d'information, plusieurs initiatives sont à considérer :

- › Il est nécessaire de changer l'environnement dans lequel évoluent les consommateur-rices et de limiter l'influence des alcooliers. Une éducation efficace passe par un environnement propice à la diffusion de ses messages ;
- › Beaucoup de programmes sont à destination des jeunes, tandis que les jeunes adultes et les adultes sont souvent négligés. Il peut dès lors sembler aux yeux des adolescent-es que ces programmes sont hypocrites. De plus, les jeunes adultes et adultes servent souvent de modèles aux plus jeunes et leur facilitent l'accès à l'alcool ; il semble dès lors pertinent de viser toutes les classes d'âge ;
- › Un changement théorique pourrait bénéficier aux politiques d'éducation : plutôt qu'influencer les attitudes pour changer les comportements, il serait potentiellement plus adéquat de s'intéresser à l'influence des comportements sur les attitudes¹⁹⁰ ;

- › Il pourrait être pertinent que les dispositifs d'éducation et de sensibilisation s'adressent aux responsables politiques et à la population générale afin de mieux faire connaître les dommages liés à l'alcool et les bénéfices des mesures de prévention et de réduction des risques. Ces interventions pourraient ainsi notamment encourager les consommateur-rices à développer des plaidoyers, en les informant sur les manières d'influencer les politiques¹⁹¹.

L'EUROPEAN PREVENTION CURRICULUM DE L'EMCCDA

En 2019, l'EMCCDA a publié un manuel de formation à destination des décideur-ses politiques (tous niveaux de pouvoir confondus), afin de les former et soutenir dans la mise en place de dispositifs de prévention de l'usage de substances psychoactives, basés sur des preuves scientifiques. Le manuel est à destination des formateurs et formatrices qui ont suivi les cours dispensés par l'EUPC et qui pourront alors transmettre leurs connaissances à d'autres formateur-rices et/ou aux décideur-ses politiques.

- › Plus d'informations sur <http://www.emccda.europa.eu/best-practice/european-prevention-curriculum>

189 Masters R, Anwar E, Collins B, et al. (2017). Return on investment of public health interventions: a systematic review, in *Journal of Epidemiol Community Health*;71:827-834.

190 Une personne adapterait en effet davantage ses attitudes (c'est-à-dire ses opinions) à ses

comportements.

191 Anderson P, Möller L & Galea G (2012). *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*. World Health Organisation, Regional Office for Europe, Copenhagen.

TOURNÉE MINÉRALE

Depuis 2017, la Fondation contre le Cancer, en collaboration avec l'asbl DrugLijn, promeut chaque année un mois de février sans alcool baptisé «Tournée minérale»¹⁹⁰. Des kits de communication gratuits, des conseils et des recettes de boissons sans alcool sont proposés aux participant-es. Afin d'encourager la participation, «Tournée minérale» souligne les avantages de réduire ou cesser la consommation d'alcool (même temporairement), notamment un meilleur sommeil, une économie d'argent, une peau en meilleure santé, davantage d'énergie, etc. L'objectif de cette campagne est d'encourager le grand public à faire une pause et de réfléchir à sa consommation. Le succès médiatique de cette campagne semble grandissant chaque année. Une enquête menée par l'Université de Gand suite à la première édition de la «Tournée minérale» a souligné que plusieurs participant-es ont déclaré avoir réduit leur consommation d'alcool depuis¹⁹¹.

.....
192 En France, une campagne équivalente est menée durant le mois de janvier («*Dry January*»).

193 De Maesschalck, E. et Dieryck, A. (2018). Process evaluation of the campaign tournée minérale 2017. A mixed methods approach. Ghent University.

SOUTIEN DE LA RECHERCHE ET ÉVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

Le succès et la bonne mise en œuvre des politiques publiques, quelles qu'elles soient, reposent sur leur suivi et surveillance, au niveau régional, national et international. Les données récoltées permettent de connaître l'ampleur des dommages liés à l'alcool et d'en suivre les tendances, d'adapter et renforcer les interventions de terrain et les dispositifs de sensibilisation et prévention, de concevoir des politiques publiques adaptées (et de les ajuster), et d'évaluer l'impact des interventions.

RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE RECHERCHE ET D'ÉVALUATION ¹⁹²

- 1 Inclure dans toute législation ou politique nationale sa propre évaluation
- 2 Apporter un soutien public suffisant à la recherche et son financement, et garantir son indépendance (notamment vis-à-vis des lobbies alcooliers)
- 3 Mettre en place des cadres efficaces de suivi et de surveillance notamment des enquêtes nationales périodiques sur la consommation et les dommages liés à l'alcool, ainsi qu'un plan d'échange et de diffusion de l'information
- 4 Créer ou désigner un ou des organismes coordonnés, chargés de recueillir, compiler, analyser et diffuser les données
- 5 Définir un ensemble commun d'indicateurs (concernant l'usage et l'usage nocif d'alcool, les politiques et interventions menées) et suivre leur évolution
- 6 Communiquer les données aux organismes internationaux concernés
- 7 Mettre en place des mécanismes d'évaluation utilisant les données recueillies pour estimer l'impact des politiques, interventions et programmes mis en œuvre

TRIMBOS INSTITUUT

Le Trimbos Instituut est un institut néerlandais indépendant de connaissance sur l'alcool, le tabac, les drogues et la santé mentale. Il a créé un centre d'expertise sur l'alcool, grâce à une subvention du Ministère de la santé, du bien-être et des sports. Le centre vise à accompagner les professionnel·les de la prévention, de réduction des risques et de la santé dans leurs activités. Il participe également à la diffusion et à la mise en application des connaissances scientifiques sur l'alcool et la prévention.

- Des outils et informations utiles peuvent être trouvés en néerlandais, sur leur site internet : <https://expertisecentrumalcohol.trimbos.nl/>

.....
194 OMS (2010), op. cit. ; OMS (2011), op. cit. ; ANPAA (2017), op. cit.

CONTRÔLE DE L'APPLICATION DE LA LOI

Les mesures politiques et légales sont davantage efficaces si leur application et leurs effets sont contrôlés et si leur non-respect s'ensuit de sanctions. Les législations en vigueur doivent dès lors prévoir les procédures de retrait ou suspension des licences, désigner l'organisme et les personnes responsables de contrôler l'application de la loi et des politiques publiques, et s'assurer que suffisamment de ressources sont allouées à cette tâche.

La mise en œuvre de dispositifs de contrôle commence par l'éducation et la persuasion des personnes concernées (ce qui est attendu d'elles et quelles sont les conséquences en cas de non-conformité). Les outils de régulation sont en effet plus efficaces et rentables lorsqu'ils partent du postulat que les personnes concernées vont coopérer et appliquer la loi. Ceci n'empêche pas de prévoir un ensemble de sanctions formelles et de procédures de contrôle.

La plupart des législations prévoient la désignation d'inspecteur-rices. Un dispositif de contrôle des licences doit comprendre des activités régulières mais aussi inattendues (par exemple, la visite impromptue d'un lieu de vente). Il peut aussi inclure des achats-tests afin de vérifier la bonne application de l'interdiction de vente aux mineur-es¹⁹⁵. Les achats-tests semblent être une méthode pertinente pour

augmenter la mise en application de l'âge minimum légal. Les effets positifs d'une visite sont cependant limités dans le temps, et pour que les résultats se poursuivent sur le long terme, il est nécessaire d'y procéder avec régularité (au moins quatre fois par an)^{196,197}.

En Belgique, une trentaine d'inspecteur-rices du Service de contrôle Tabac et Alcool du SPF Santé publique sont chargé-es de vérifier la bonne application de la loi relative à la vente de ces produits. En cas d'infraction, l'amende infligée varie de 156 à 6000 euros en fonction de la gravité de l'infraction.

.....
195 OMS (2011), op. cit.

.....
196 Wagenaar, A. C., Toomey, T. L., & Erickson, D. J. (2005). Preventing youth access to alcohol: outcomes from a multi-community time-series trial, in *Addiction*, 100(3), 335-345
197 Mulder, J., & de Greeff, J. (2013). Eyes on ages. A research on alcohol age limit policies in European member states. Legislation, enforcement and research. Utrecht: Dutch Institute for Alcohol Policy (STAP).

POUR EN SAVOIR PLUS

Addiction Suisse (2006). *L'alcool, un bien de consommation peu ordinaire. Quelles sont les mesures les plus efficaces en matière de politique de l'alcool ?* Institut Suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, Lausanne★

Anderson P, Møller L & Galea G (2012). *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*. World Health Organisation, Regional Office for Europe, Copenhagen★

Babor T. et al. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and Public Policy*. Oxford, Oxford University Press.

OMS (2007). *WHO Expert Committee on problems related to alcohol consumption. Second report, WHO technical Report Series, n°944*. Suisse : Genève★

OMS (2011). *Addressing the harmful use of alcohol: A guide to developing effective alcohol legislation*. Suisse: Genève★

OMS (2017). *Alcohol Labelling. A discussion document on policy options*. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe★

Sornpaisarn B, Shield KD, Österberg E, Rehm J, editors (2017). *Resource tool on alcohol taxation and pricing policies*. Geneva: World Health Organization★

BONNES PRATIQUES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET DE RÉDUCTION DES RISQUES

La santé est déterminée conjointement par des facteurs génétiques et biologiques, les comportements individuels, les représentations sociales et les environnements dans lesquels les personnes vivent et évoluent. Les différentes interventions de prévention et de réduction des risques liés à l'alcool gagnent dès lors à adopter une approche globale afin de s'adresser aussi bien aux déterminants individuels et sociaux qu'aux facteurs environnementaux et organisationnels.

L'impact des dispositifs de prévention et réduction des risques sur les facteurs environnementaux est cependant limité par les moyens qui leur sont alloués et par leur champ d'action. En effet, d'une part, le monde associatif (qui mène une large part des interventions en Belgique francophone) dispose de moyens financiers et humains insuffisants pour mener à bien leurs missions et pour répondre à une demande importante et souvent complexe (compte tenu de la multitude de facteurs jouant sur la consommation simple et la consommation problématique). D'autre part, si le champ d'action des associations touche à certains facteurs environnementaux (logement, contextes de consommation, sensibilisation des détaillant-es d'alcool, etc.), force est de constater que des déterminants importants dépendent d'orientations et décisions politiques (publicité, adoption d'un plan national alcool, disponibilité, contrôle de l'application des lois, etc.). Il conviendra de garder en mémoire ces remarques à la lecture de ce chapitre.

4.1

DÉTECTION ET INTERVENTIONS PRÉCOCES

La détection précoce d'une consommation à risque, voire d'une consommation problématique est une démarche cruciale en santé publique, complémentaire aux autres stratégies de prévention et de réduction des risques. La détection précoce est une condition à l'intervention précoce, qui anticipe la demande de soin avant que la problématique ne s'aggrave, dans le but de diminuer les risques et de préserver la santé et le bien-être de l'utilisateur. Les

intervenant-es de première ligne (en particulier les médecins généralistes) sont idéalement positionné-es pour détecter les usages problématiques ou à risque, et initier des interventions précoces. La détection précoce peut être menée à partir de plusieurs outils à destination des usager-es et des professionnel-le-s en contact avec eux-elles. Ces outils visent essentiellement à évaluer la consommation, afin de prévenir le développement d'une consommation problématique ou réduire les risques liés à une consommation. Il s'agira en particulier de dépister les usages excessifs, susceptibles d'évoluer vers une consommation problématique, et de dépister les usages problématiques avant qu'ils ne se chronicisent. Face à un usage à

risque, l'intervenant-e pourra proposer une intervention brève¹⁹⁸ ; et en cas de détection

.....
198 L'intervention brève est une forme d'aide qui repose sur les principes de l'entretien motivationnel et qui vise principalement à détecter précocement les personnes présentant une consommation excessive ou à risque, en l'absence de demande d'aide, de manière à leur faire prendre conscience des risques encourus et initier des mécanismes de (auto)régulation. Il s'agit donc d'une démarche opportuniste particulièrement adaptée à la pratique en médecine générale ou dans une structure d'aide et de soin généraliste (maison médicale, service d'urgence, service d'aide à la jeunesse, etc.). Concrètement, l'intervention brève consiste à identifier et à motiver les personnes à risque, en une ou plusieurs séances de 5 à 20 minutes, sur base de questions et d'outils permettant à la personne de situer sa consommation et de connaître les risques associés. L'objectif est de

ou de suspicion d'un usage problématique, il sera nécessaire d'avoir recours à une phase de diagnostic plus approfondie afin d'orienter correctement la personne¹⁹⁹.

La détection précoce peut également être proposée en «libre accès», à l'aide de questionnaires d'auto-évaluation de la consommation mis à disposition du grand public, par exemple, sur des sites internet qui abordent les questions relatives à l'usage d'alcool. Il s'agit généralement de questionnaires à choix multiples qui proposent à l'utilisateur·rice l'occasion de situer sa consommation et d'entamer une réflexion. À l'issue du questionnaire, le répondant·e reçoit une information standardisée sur le type d'usage qu'il/elle a décrit dans ses réponses, les risques potentiels de celui-ci et des conseils de réduction des risques adaptés aux réponses fournies. Le feedback inclus également les coordonnées des associations ou des services qui pourraient être utiles à l'utilisateur·e. En Belgique francophone, les sites www.aide-alcool.be et www.stopouencore.be proposent des outils de ce type.

En Belgique francophone, l'intervention précoce à distance est rendue disponibles par les asbl Centre Alfa et Le Pélican qui gèrent deux programmes d'aide en ligne mis à disposition sur le site aide-alcool.be : l'un de self-help et l'autre d'accompagnement en ligne. L'accompagnement en ligne est réalisé par un·e psychologue, uniquement par écrit (par *chat*), gratuitement et anonymement, une fois par semaine pendant 3 mois. Le programme est composé de différents exercices (journal de la consommation, balance des avantages et inconvénients de

la consommation et du changement, etc.), de documents informatifs (par exemple sur la motivation, sur la pression sociale, etc.) et d'un forum privé et réservé aux personnes inscrites aux deux programmes.

Le Pélican asbl propose également le programme Alcochoix (rebaptisé «Mes choix»). D'origine canadienne et adapté en Suisse²⁰², ce programme s'adresse aux usager·es à risque ou problématiques. Il vise la mise en place de stratégies de contrôle

.....
202 <https://meschoix.ch>

RISQUES LIÉS À UN SEVRAGE BRUTAL

Après une longue période de consommation excessive d'alcool, un arrêt brutal peut s'accompagner de symptômes de sevrage : tremblements, transpiration, anxiété, nervosité, angoisse, sentiment de «malaise», insomnie, nausées et vomissements. Les symptômes atteignent un pic après 24 heures et s'atténuent après trois jours. Ils disparaissent après 7 à 10 jours d'abstinence ; les sentiments de dépression, d'apathie et les troubles du sommeil peuvent quant à eux persister encore plusieurs semaines. C'est pourquoi il n'est pas recommandé aux personnes qui ont une consommation importante de se sevrer par elles-mêmes sans contacter au préalable leur médecin de famille. En province du Hainaut, le projet Freedom propose un accompagnement au sevrage à domicile²⁰⁰.

Dans certains cas, le sevrage alcoolique peut s'accompagner de crises d'épilepsie voire d'un delirium tremens qui peut être mortel. Il peut être provoqué lors d'une réduction radicale de la consommation d'alcool et se manifeste 24 à 72 heures après la dernière consommation. En plus des symptômes classiques de sevrage, les symptômes du delirium tremens sont : des poussées de fièvre, une augmentation du rythme cardiaque, une baisse du niveau de vigilance, de la confusion, des hallucinations très vives et souvent angoissantes (des bestioles qui rampent, des voix, impression d'être suivi·e, etc.), des trémulations violentes²⁰¹.

Des traitements médicamenteux permettent d'assister le sevrage alcoolique et limiter les risques. Il est donc important de consulter un·e médecin de famille ou un service spécialisé avant toute tentative.

.....
200 Voir <https://www.lacaho.be/partenaires-groupes-de-parole-projets/freedom-accompagnement-sevrage-a-domicile>

201 Article «Les risques de l'arrêt brutal», aide-alcool.be, URL : <https://aide-alcool.be/consommation-problematique-arreter>

.....
conscientiser la personne à l'intérêt de déclencher dès à présent des mécanismes de régulation de manière à ce que sa consommation redevienne modérée.

199 Pour plus de détail, voir Eurotox (2018). Bonnes pratiques en matière d'aide et de soins. Bruxelles : Eurotox asbl.

RESSOURCES À L'ATTENTION DES INTERVENANT·ES DE PREMIÈRE LIGNE

- › Cellule «Alcool» de la SSMG (Société scientifique de médecine générale) qui propose des formations et des informations et outils en ligne : www.ssmg.be/avada_portfolio/mesusage-de-l-alcool/ et <https://www.ssmg.be/quelques-rappels-theoriques/>
- › Brochure «Où en suis-je avec ma consommation ? J'en parle à mon médecin» de l'Observatoire de la santé du Hainaut (observatoiresante.hainaut.be/boissons-alcoolisees-ou-en-suis-je-avec-ma-consommation/)
- › Réseau Alcool : www.reseaulalcool.be
- › Asbl Promo Santé et Médecine générale : www.promosante.be/thematiques/alcool/
- › Des questionnaires de dépistage (dont l'AUDIT, le FACE et le DETA-CAGE) peuvent être téléchargés sur le site suivant : www.resapsad.org/page/echelles-et-questionnaires

pour réduire ou stabiliser la consommation. Il combine concepts et techniques issues de la théorie de l'apprentissage social²⁰³,

203 Selon cette théorie, un grand nombre de comportements (y compris les comportements d'alcoolisation) sont appris par les jeunes générations par simple observation et imitation des adultes qui les posent. La consommation d'alcool est rapidement perçue par les jeunes comme un inducteur de plaisir, de soulagement et d'inclusion sociale. L'apprentissage social est d'autant plus efficace lorsque le comportement imité est généralement perçu comme porteur de valeurs saines et/ou positives. En matière de consommation d'alcool, ce mécanisme d'apprentissage est donc

du modèle cognitivo-comportemental de la rechute²⁰⁴ et de l'entretien motivationnel²⁰⁵. Le Pélican propose ce programme en 6 séances de groupe. Il bénéficie de retours très positifs de la part des bénéficiaires²⁰⁶.

En Belgique, le projet «dispositif alcool» est implanté dans de plus en plus d'hôpitaux²⁰⁷.

.....
particulièrement à l'œuvre dans notre société, puisque celle-ci véhicule des représentations exagérément positives vis-à-vis de l'alcool.

204 Selon ce modèle, il existe des déterminants endogènes et exogènes à la rechute, qui interagissent et vont déterminer le risque de dérapage et de rechute pour une personne donnée, à un moment précis et dans un contexte déterminé. Les déterminants exogènes sont des stimuli environnementaux (une odeur, la vue d'un verre ou d'une bouteille d'alcool...) qui ont fait l'objet d'une association répétée avec la consommation du produit au point de pouvoir déclencher l'envie de consommer, voire même des symptômes de sevrage chez une personne abstinente, si ces stimuli ont été répétitivement présents lorsque la personne expérimentait des épisodes de sevrage. Les déterminants endogènes sont des états émotionnels transitoires pouvant être induits par des événements (stress, colère, tristesse, euphorie,...) ou des états persistants (anxiété, dépression,...) ainsi que des mécanismes cognitifs (attentes et croyances, sentiment d'auto-efficacité, motivation,...). Ces déterminants endogènes et exogènes sont susceptibles d'induire une envie irrésistible de consommer le produit (*craving*), qui est un médiateur important du dérapage et de la rechute. Les interventions viseront à minimiser l'impact de ces déterminants via différentes stratégies (anticipation et évitement des situations à hauts risques, gestion du stress et du *craving*, augmentation du sentiment d'efficacité personnelle...).

205 L'entretien motivationnel est une méthode semi-directive qui vise à développer ou à renforcer la motivation intrinsèque et l'engagement de la personne dans la modification de ses comportements.

206 Emilia Bogdanowicz, Responsable de projets au Pélican asbl, communication personnelle, 19/06/2019.

207 Actuellement, le dispositif compte l'hôpital Saint-Pierre, C.H.R. Citadelle de Liège, AZ Groeninge à

Coordonné par l'asbl Interstices, il a pour objectif d'améliorer la prise en charge des personnes présentant une problématique éthylique par la formation et la sensibilisation du personnel soignant, tout en offrant un soutien médico-psycho-social par le renforcement des ressources intra et extrahospitalières existantes. Le but du projet est donc de fournir du soutien, des formations et des outils afin que les équipes soignantes puissent améliorer leur prise charge des patient-es ayant une problématique alcool. Le gestionnaire du «dispositif alcool» est toutefois à disposition des services d'urgence pour les cas complexes (notamment en cas de comorbidité ou de situation fortement précarisée).

Depuis 2014, le «dispositif alcool» a été fusionné au projet «urgences alcool» qui est un dispositif de détection précoce destiné aux personnes fréquentant les services d'urgence et ayant potentiellement une consommation problématique d'alcool. Les missions prioritaires du projet «urgences alcool» sont la sensibilisation et formation du personnel médical et paramédical et l'établissement de procédures et *guidelines* pour la prise en charge de patient-es présentant un trouble lié à l'usage d'alcool. Les objectifs de ces missions sont notamment de renforcer les connaissances, de déstigmatiser la problématique alcool aux yeux des professionnel·les, et de fournir des outils opérationnels et des informations claires et objectives²⁰⁸.

.....
Courtrai, C.S.F. de Chimay, UZ Gent, Ziekenhuis Oost-Limburg, Centre Hospitalier Jolimont asbl, Vivalia IFAC Hôpital Princesse Paola de Marche-en-Famenne.

208 Caroline Theisen, Attachée drogues, DGGS Soins de santé, Communication personnel, 20/06/2019.

4.2

PRÉVENTION DE
L'USAGE D'ALCOOL AU
VOLANT

Relecture : Leslie Broeckaert (AWSR²⁰⁷),
Nathalie Moreau (Institut VIAS) et Fiorella
Toro (AWSR)

L'alcool a la particularité d'agir indistinctement sur la plupart des systèmes de neurotransmission, principalement en accentuant la neurotransmission inhibitrice et en diminuant la neurotransmission excitatrice²¹⁰. Cette action inhibitrice massive sur le cerveau explique pourquoi l'imprégnation éthylique altère l'ensemble des fonctions perceptives, cognitives et motrices, biaise la lucidité et la capacité de jugement, et expose l'individu à des risques variés. L'alcool altère ainsi, même en faible quantité, les capacités de conduite automobile, et est une cause relativement fréquente d'accidents. Il s'agit d'ailleurs d'une des principales causes d'insécurité routière. Le risque d'accident mortel augmente de manière exponentielle avec la concentration d'alcool dans le sang, en particulier chez les jeunes conducteur·rices, qui sont moins expérimenté·es à la conduite et plus sensibles aux effets délétères de l'alcool sur la conduite, même à faible quantité²¹¹. Selon certaines estimations,

209 Agence Wallonne pour la Sécurité Routière.
210 Valenzuela, C.F. (1997). Alcohol and neurotransmitter interactions. Alcohol health & Research World, 21, 144-148.
211 Keall, M., Frith, W., & Patterson, T. (2004). The influence of alcohol, age and number of passengers on the night-time rate of driver fatal injury in New

RISQUE RELATIF D'ACCIDENT GRAVE OU MORTEL DE LA CIRCULATION EN CAS DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOTROPES CHEZ LES AUTOMOBILISTES		
Niveau de risque	Risque relatif d'accident grave	Substance(s) psychotrope(s)
Risque modérément accru	1 à 3 fois	Alcool (BAC ²¹² entre 0,1 – et 0,49 g/L) ²¹³
		Cannabis (THC)
		Alcool (BAC entre 0,5 et 0,79 g/L) ²¹⁴
Risque moyennement accru	2 à 10 fois	Cocaïne
		Opiacés illicites (héroïne)
		Benzodiazépines et hypnotiques
		Opiacés médicaux
Risque fortement accru	5 à 30 fois	Alcool (BAC entre 0,8 et 1,19 g/L) ²¹⁵
		Amphétamines, ecstasy
		Consommation de plusieurs drogues (illicites ou médicaments psychotropes)
Risque extrêmement accru	20 à 200 fois	Alcool (BAC égal ou supérieur à 1,2 g/L) ²¹⁶
		Consommation combinée alcool-drogues (illicites ou médicaments psychotropes)
Source : Hels, T., Bernhoft I. M., Lyckegaard, A., Houwing, S., Hagenzieker, M., Legrand, S.-A., Isalberti, C., Van der Linden, T. & Verstraete, A. (2011). Risk of injury by driving with alcohol and other drugs. DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. Deliverable 2.3.5.		

un quart des décès liés aux accidents de la circulation en Europe serait lié à l'alcool²¹². Le risque d'accidents graves ou mortels est également fortement accru lorsque l'alcool est consommé en combinaison avec d'autres drogues ou des médicaments psychotropes. Ces dernières années, en Région bruxelloise, environ 7 % des conducteur·rices impliqué·es dans un accident corporel étaient sous l'influence d'alcool. Ce pourcentage était beaucoup plus élevé en Wallonie (environ 13 %). Il est

possible que cette différence soit influencée par le fait que la consommation d'alcool y est nettement plus élevée²¹³ et par le fait que la Wallonie est moins bien desservie au niveau des transports en commun et des autres alternatives à la conduite.

Zealand. Accident Analysis and Prevention, 36, 169-178.
212 DaCoTA (2012). Road Safety Project. <http://www.dacota-project.eu/>

213 Voir Stévenot, C. & Hogge, M. (2020). Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en Wallonie. Bruxelles: Eurotox.
214 Blood alcohol concentration (taux d'alcool dans le sang).
215 Entre 0,04 et 0,21mg/litre d'air alvéolaire expiré.
216 Entre 0,22 et 0,35mg/litre d'air alvéolaire expiré.
217 Entre 0,35 et 0,52mg/litre d'air alvéolaire expiré.
218 Égal ou supérieur à 0,52mg/litre d'air alvéolaire expiré.

La conduite en état d'imprégnation alcoolique peut s'expliquer par différents facteurs dont l'influence varie en fonction des personnes et des contextes : mauvaise connaissance ou faible perception des risques, pression sociale à boire ou à reprendre le volant, manque d'organisation/anticipation, inclinaison à prendre des risques, alcool-dépendance, faible activité ou faible visibilité policière, faible couverture médiatique de la problématique, hyper-accessibilité des boissons alcoolisées, faible offre de transports en commun ou de transports alternatifs en soirée/nuit, etc. La prise en compte de l'ensemble de ces facteurs est nécessaire à la mise en place d'une politique cohérente et efficace en matière de sécurité routière.

Les actions de prévention doivent viser à réduire conjointement les comportements de conduite sous influence ainsi que la disposition de la population à accepter d'être véhiculée par une personne sous influence. En Wallonie, des dispositifs ont été récemment créés au niveau de chaque province pour sensibiliser les jeunes et futurs conducteur-rices à la sécurité routière (les Cellules Éducation et Prévention à la sécurité routière, qui mobilisent des zones de police ainsi que diverses associations).

LA CONDUITE SOUS INFLUENCE D'ALCOOL EN BELGIQUE

Selon la dernière mesure de conduite sous l'influence d'alcool réalisée en Belgique²¹⁹, en 2018, 1,94 % des conducteur-rices

contrôlées sur l'ensemble du territoire belge roulaient avec une concentration d'alcool égale ou supérieure à la limite légale (à savoir 0,22mg par litre d'air alvéolaire expiré). Cette prévalence était plus élevée en Wallonie qu'en Flandre (2,1 % vs 1,7 %). La proportion de conducteur-rices sous influence d'alcool tendait à diminuer en 2018 par rapport aux éditions précédentes de l'enquête où la prévalence avoisinait 2,65 %. Cette tendance était toutefois plus marquée en Wallonie qu'en Flandre, où la prévalence restait relativement stable. Les hommes étaient nettement plus concernés que les femmes par la conduite sous influence d'alcool (2,78 % *versus* 0,61 %) ²²⁰. En revanche, les jeunes conducteur-rices ne semblaient pas s'y exposer davantage que les aînés. Le risque d'accident reste toutefois plus élevé chez les jeunes conducteur-rices (18 à 24 ans), d'une part parce que les jeunes sont plus sensibles à l'effet de l'alcool et qu'ils ont moins d'expérience de conduite (y compris de conduite sous influence), et d'autre part parce que lorsqu'ils consomment, ils s'adonnent plus volontiers à des épisodes d'hyperalcoolisation, ayant un effet particulièrement délétère sur les capacités de conduite automobile²²¹.

Selon l'enquête ESRA (E-Survey of Road users' Attitudes)^{222,223} qui a étudié les comportements et attitudes des usagers de la route dans de nombreux pays européens²²⁴, 33,1 % des Belges rapportaient avoir conduit un véhicule au cours des 30 derniers jours après avoir bu de l'alcool (quelle qu'en soit la quantité) et 24,1 % l'auraient fait alors que leur niveau d'alcoolémie était, selon leur estimation, supérieur à la limite légale²²⁵. Selon ces résultats, la Belgique serait un des pays européens où la conduite sous influence d'alcool est la plus élevée²²⁶. Pourtant, lorsqu'on interroge les répondant-es sur l'acceptabilité de prendre le volant en

219 Voir Brion, M., Meunier, J.-C. & Silverans, P. (2019). Alcool au volant : l'état de la situation en Belgique – Mesure nationale de comportement «Conduite sous influence d'alcool» 2019. Bruxelles: Institut Vias – Centre de Connaissance.

220 Ce constat peut s'expliquer par plusieurs facteurs : prévalence de consommation plus élevée chez les hommes que chez les femmes, risque perçu de la conduite sous influence plus élevé chez les femmes que chez les hommes, acceptabilité sociale de la conduite sous influence plus marquée chez les hommes que chez les femmes.

221 Nuytens, N., Focant F., Casteels Y. (2012). Analyse statistique des accidents de la route 2010. Bruxelles, Belgique: Institut Belge pour la Sécurité Routière – Centre de connaissances Sécurité Routière.

222 Voir Achermann Stürmer, Y., Meesmann, U. & Berbatovci, H. (2019). Driving under the influence of alcohol and drugs. ESRA2 Thematic report Nr. 5. ESRA project (E-Survey of Road users' Attitudes). Bern: Swiss Council for Accident Prevention.

223 et Country fact sheet Belgium (2019), URL : <https://www.esranet.eu/en/deliverablespublications/>

224 L'enquête en ligne portait sur les comportements, opinions et attitudes auto-rapportés par des échantillons représentatifs (environ 1000 répondant-es par pays) de 38 pays européens.

225 En Wallonie, selon une enquête en ligne de l'AWSR réalisée 2017 auprès de 1.327 conducteur-rices wallons, 33,8 % des répondant-es ont déclaré avoir roulé sous l'influence d'alcool au cours des 12 derniers mois, 25,5 % sous l'influence de médicaments psychotropes, 4 % sous l'influence combinée d'alcool et de drogues et 9,9 % sous l'influence combinée d'alcool et de médicaments psychotropes. Voir Roynard, M. (2017). Ce que pensent les Wallons de la conduite sous influence de drogues – Enquête d'opinion auprès des conducteurs de voiture - 2017. Namur : Agence wallonne pour la Sécurité routière.

226 Voir aussi Houwing, S., Hagenzieker, M., Mathijssen R., Bernhoft I. M., Hels T., Janstrup K., Van der Linden T., Legrand, S.-A. & Verstraete, A. (2011). Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in drivers in general traffic Part I: General results. DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. Deliverable 2.2.3 Part. I.

ayant un taux d'alcoolémie supérieure à la limite légale, seulement 3,1 % des répondant-es belges estiment que ce comportement est acceptable. Ce décalage entre comportement et attitude peut en partie s'expliquer par la faible perception du risque de contrôle : en effet, 73,4 % des répondant-es belges estiment que les contrôles en matière d'alcool au volant sont insuffisants, et seulement 21,7 % estiment qu'il est probable qu'ils se fassent contrôler lors d'un déplacement habituel en voiture (au total, 24,1 % des répondant-es ont rapportés avoir été soumis à un test d'alcoolémie durant les 12 derniers mois)²²⁷. La prévalence élevée de la conduite sous influence d'alcool en Belgique est probablement aussi liée à une faible perception du risque d'accident. En effet, les conducteur-rices qui ont rapporté conduire sous l'influence d'alcool expriment plus volontiers que les autres conducteur-rices une forte confiance quant à leur capacité à conduire sous l'effet de l'alcool.

LES CAMPAGNES DE SENSIBILISATION GRAND PUBLIC

Des campagnes grand public sont régulièrement financées de manière à sensibiliser la population aux risques liés à la conduite sous influence. Elles peuvent soit viser à augmenter la perception des risques socio-sanitaires liés à la conduite sous influence (risque pour soi et pour autrui), soit viser à augmenter les perceptions des risques légaux ou de contrôle (e.g. en rappelant les sanctions en cas de contrôle positif ou négatif²²⁸, en mentionnant la mise en place d'une vague de contrôles à grande échelle, en rappelant que les assurances peuvent refuser de couvrir les dédommagements liés à la responsabilité civile en cas d'accident occasionnant des dégâts ou blessures à un tiers...). Ces campagnes multiplient généralement les canaux de diffusion pour toucher à plusieurs reprises un maximum de personnes : affichage sur des panneaux le long des routes, spot radio et télévisuel, capsule ou publication sur les réseaux sociaux ou dans les journaux... Leur objectif est de lutter contre la banalisation des comportements de conduite sous influence, en suscitant une réponse cognitive et/ou émotionnelle. Elles peuvent s'adresser directement aux conducteur-rices et futur-es conducteur-rices, mais visent aussi parfois explicitement l'entourage, susceptible d'influer sur le comportement (ex. la campagne de l'Agence Wallonne pour la Sécurité Routière (AWSR) «Les vrais amis disent : Pas en état, tu conduis pas»). Dans ce cas, l'objectif est d'accroître la désapprobation sociale ainsi

que le contrôle social des comportements de conduite sous influence.

Même si les campagnes de prévention utilisant les médias de masse peuvent faire preuve d'efficacité en matière de promotion de la santé, les campagnes spécifiques sur l'alcool échappent généralement à cette règle et sont globalement peu efficaces, probablement en raison de stratégies de marketing alcoolier peu régulées et du caractère normatif de la consommation d'alcool dans les sociétés occidentales²²⁹. Dès lors, les campagnes ciblant spécifiquement la conduite sous influence d'alcool ne sont pas suffisantes à elles seules pour réduire ce comportement et influer sur les accidents de la route associés. Elles peuvent toutefois y contribuer lorsqu'elles sont associées à d'autres mesures préventives ou répressives, telles qu'une augmentation des contrôles d'alcoolémie²³⁰. Ainsi, les campagnes dont le message met l'accent sur les activités de contrôle de la conduite sous influence et/ou sur les risques légaux sont associées à une diminution significative de la conduite sous influence d'alcool ainsi que du nombre d'accidents associés, pour autant que le risque de contrôle soit effectivement perçu comme étant élevé en raison de contrôles fréquents²³¹. Autrement dit, les campagnes de ce type sont efficaces si elles sont crédibles en s'inscrivant dans une stratégie plus globale (sensibilisation/contrôle/répression). En Belgique francophone,

.....
227 La perception du risque de contrôle est un déterminant important du respect de la loi. Elle peut être influencée par une augmentation du nombre de contrôles effectués mais aussi par une amélioration de leur visibilité (contrôle dans des lieux très visibles, couverture médiatique des opérations de contrôle, etc.). D'après certains auteurs, il est plus efficace d'augmenter la fréquence (et donc la probabilité) des contrôles que d'augmenter les peines en cas d'infraction. Voir Benson, B.L., Mast, B.D. & Rasmussen, D.W. (1999). Detering drunk driving fatalities: An economics of crime perspective. *International Review of Law and Economics*, 19, 205-225.

.....
228 La carte des sanctions publiées par l'AWSR peut être utilisée à cette fin. http://www.tousconcernes.be/wp-content/uploads/2018/04/AWSR-sanctions-FR_120719.pdf

.....
229 Wakefield, M.A., Loken, B. & Hornik, R.C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. *The Lancet*, 376, 1261-1271.

230 Elder, R.W., Shults, R.A., Sleet, D.A., Nichols, J.L., Thompson, R.S. et al. (2004). Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 27, 57-65.

231 Elder et al. (2004). Op. Cit.

les campagnes sont menées par l'AWSR et l'Institut Vias en collaboration avec les forces de l'ordre. En ce qui concerne les campagnes mettant l'accent sur les risques socio-sanitaires, leur efficacité dépendrait du niveau d'anxiété induit par le message : susciter une légère anxiété peut favoriser la motivation à modifier les comportements ciblés par la campagne. En revanche, les messages visant à susciter trop violemment la peur ont tendance à être ignorés ou discrédités par les récepteur-rices. La couverture journalistique qui est généralement faite de ces campagnes peut également avoir un effet bénéfique indirecte, en facilitant la mise à l'agenda de la problématique au niveau des décideur-ses et des pouvoirs publiques²³².

232 Cook, F.L., Tyler, T.R., Goetz, E.G., Gordon, M.T., Protess, T. et al. (1983). Media and agenda setting effects on the public, interest group leaders, policy makers and policy. *The Public Opinion Quarterly*, 47, 16-35.

En conclusion, l'efficacité des campagnes grand public relatives à la conduite sous influence dépendrait à la fois du contenu du message et de sa forme, mais aussi de la contribution conjointe d'autres formes d'activités préventives ou sécuritaires (e.g. communication policière et journalistique sur les contrôles, renforcement des opérations de contrôle). Si ce type de campagne n'est apparemment à lui seul pas suffisant pour modifier les comportements de conduite sous influence d'alcool, il permet toutefois d'informer et sensibiliser les futur-es conducteur-rices et de lutter contre la banalisation de ce comportement, en tentant de modifier les représentations et normes sociales associées. Les différents paramètres à l'œuvre dans ces campagnes n'ont pas fait l'objet d'évaluation systématique, mais il est possible d'émettre des recommandations générales : les messages doivent pouvoir attirer rapidement l'attention, être faciles à percevoir, clairs, compréhensibles et

crédibles, et suffisamment fréquents pour pouvoir induire un impact au niveau des récepteur-rices. Il convient également de le pré-tester avant de les appliquer à grande échelle.

LES PROGRAMMES DE DÉSIGNATION D'UN-E CONDUCTEUR-RICE SOBRE

Introduit dans les années 80 aux États-Unis, ce type de programme vise à diminuer la conduite sous influence d'alcool en encourageant les groupes de consommateur-rices à désigner une personne chargée de rester sobre et de véhiculer les autres membres du groupe. En Belgique, on parle de «Bob» et en France de «capitaine de soirée» ou de «Sam» pour désigner ces conducteur-rices. Les objectifs de ce type de programme sont les suivants : rappeler que consommation de boissons alcoolisées et conduite automobile ne sont pas conciliables, renforcer le contrôle social et la désapprobation sociale envers les

EXEMPLES DE CAMPAGNE DE SENSIBILISATION GRAND PUBLIC EN BELGIQUE FRANCOPHONE



► Pour en savoir plus : <http://www.tousconcernes.be/campagnes/>

conducteur-rices qui boivent, valoriser la sobriété chez les conducteur-rices qui font la fête.

Ce type de programme de prévention peut se décliner de différentes façons : interventions dans des lieux à risque (débits de boissons, clubs sportifs...), campagne dans les médias, affichage dans les lieux publics, etc. Dans certains programmes, le-la conducteur-riche désigné-e est supposé-e ne pas consommer d'alcool alors que d'autres promeuvent plutôt une consommation modérée (avec un niveau d'alcoolémie inférieur à la limite légale lors de la reprise du volant). Toutefois, dans la pratique, alors qu'il est généralement conseillé de désigner *a priori* le-la conducteur-riche, la manière dont ce programme est parfois réapproprié par le public consiste à sélectionner *a posteriori* le-la conducteur-riche en désignant la personne la moins intoxiquée, ce qui en limite bien évidemment l'efficacité. C'est pour lutter contre ce phénomène qu'en Belgique la campagne «Bob» rappelle fréquemment l'idéal d'abstinence de la personne désignée. Des interventions brèves peuvent également aider à améliorer l'implémentation de ce type de programme²³³.

Ce type de programme est généralement très populaire puisque la grande majorité de la population adulte en a connaissance dans les pays où il est proposé. Le public estime d'ailleurs qu'il s'agit d'un bon moyen pour diminuer la conduite sous influence

d'alcool²³⁴. Ces programmes, lorsqu'ils se déclinent en campagnes grand public dans les médias, ont rarement bénéficié d'une évaluation systématique de leur efficacité. D'après Ditter et ses collaborateur-rices, ils permettent certes de sensibiliser les conducteur-rices et de valoriser cette stratégie préventive, mais il n'existe pas de preuve d'un réel impact sur la conduite sous influence ni sur les accidents de la route liés à l'alcool. Les interventions «Bob» dans des lieux festifs, qui ont généralement recours à des récompenses pour stimuler la participation des conducteur-rices (e.g. goodies, softs gratuits, nourriture...) ainsi qu'à des éthyloests pour vérifier la sobriété des personnes désignées, ont en revanche davantage été évaluées. Les résultats suggèrent un effet positif au niveau de la consommation objectivée par l'éthyloest, mais qui ne se confirme pas systématiquement chez les jeunes hommes, et ne se reflète pas non plus au niveau des statistiques d'accidents²³⁵. En outre, cet effet positif a tendance à disparaître rapidement lorsque les récompenses ainsi que l'encadrement à la mise en place du programme ne sont plus proposés.

D'après Babor et ses collaborateur-rices²³⁶, malgré les preuves d'une utilisation accrue de conducteur-rices désigné-es lorsque des programmes de ce type sont mis en place, l'efficacité de cette approche est généralement limitée et dépend notamment du niveau d'implication du

personnel du lieu de consommation (e.g. éviter de servir des boissons alcoolisées à un-e «Bob» porteur d'un bracelet l'identifiant comme tel) et du recours à des récompenses satisfaisantes pour motiver les conducteur-rices à rester sobre. En outre, certains effets contre-productifs peuvent être observés : consommation accrue chez les personnes non-désignées, pression sociale à la consommation auprès de la personne désignée, respect approximatif du concept avec tendance à désigner par défaut le-la conducteur-riche moins enivré-e, barmen ou barmaids continuant à servir un-e client-e en état d'ébriété s'il ou elle est accompagné-e par un-e conducteur-riche désigné-e... La participation des alcooliers au sponsoring de ce type de programme pourrait contribuer à son manque d'efficacité, dans la mesure où les messages de prévention diffusés par les alcooliers sont généralement inefficaces et contribuent au développement d'attitudes positives envers les comportements de consommation, d'où l'intérêt des alcooliers à y participer²³⁷. Enfin, les personnes non accompagnées peuvent difficilement bénéficier de ce type de programme.

233 Voir par exemple Lange, J.E., Reed, M.B., Johnson, M.B. & Voas, R.B. (2006). The efficacy of experimental interventions designed to reduce drinking among designated drivers. *Journal of studies on alcohol*, 67, 261-268.

234 Ditter, S.M., Elder, R.W., Shults, R.A., Sleet, D.A., Compton, R. et al., (2005). Effectiveness of designated driver programs for reducing alcohol-impaired driving. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 280-287.

235 Pour une revue, voir Ditter et al. (2005). Op. Cit.

236 Babor et al. (2010). Op. Cit.

237 Smith, S.W., Atkin, C.K. & Roznowski, J. (2006). Are "drink responsibly" alcohol campaigns strategically ambiguous? *Health Communication*, 20: 1-11.

LA CAMPAGNE BOB EN BELGIQUE

La campagne Bob est la version belge des programmes de désignation de conducteur·rice sobre. Elle a été créée en 1995 par l'Institut Belge de la Sécurité Routière (IBSR, devenu Institut Vias) et les Brasseurs Belges²³⁶. Elle se décline en diverses actions de sensibilisation et de valorisation de la conduite en état de sobriété : affichage sur les routes et dans les transports en commun, renforcement ponctuel de l'offre de transports en commun, spots radio, présence sur Internet et les réseaux sociaux, distribution de goodies dans des lieux de consommation, actions de sensibilisation dans certains lieux festifs avec distribution de cadeaux aux conducteur·rices sobres, renforcement ponctuel des contrôles policiers. Cette campagne bénéficie depuis de nombreuses années d'une large couverture médiatique.



► Pour en savoir plus : <https://www.vias.be/fr/particuliers/bob-campagne/>

LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION PAR LES PAIRS

Des programmes basés sur le principe de la prévention par les pairs se sont également développés de manière à sensibiliser les jeunes conducteur·rices aux risques liés à la conduite sous influence d'alcool et de drogues. Le groupe de prévention par

les pairs le plus connu est le *Responsible Young Drivers*, association fondée en 1989 et présente sur la scène internationale²³⁹. Elle fonctionne sur le principe du bénévolat. Ce groupe propose de conscientiser les jeunes conducteur·rices à travers diverses interventions : animations dans des écoles ou lors d'événements (avec des outils de sensibilisation tels que la voiture tonneau ou l'alco kart²⁴⁰), interventions dans des lieux

de fête avec des outils de sensibilisation (éthylotests, crache test, lunettes Alcovision). Les volontaires proposent également des bracelets aux fêtard·es qui acceptent de relever le défi de passer la soirée sans dépasser la limite d'alcoolémie autorisée. À la fin de soirée, les porteur·ses d'un bracelet sont invité·es à souffler dans un éthylotest. S'ils sont sobres, les volontaires leur remettent un sac rempli de cadeaux fournis par les partenaires du projet. En cas de dépassement de la limite autorisée, une solution est recherchée afin de pouvoir assurer un retour à moindre risque. Lors

.....
238 Le nombre de partenaires s'est depuis lors élargi : Assuralia, Bruxelles Mobilité, Agence Wallonne pour la Sécurité Routière, Département flamand de la Mobilité et des Travaux Publics, Fondation flamande en matière de transport et de mobilité (VSV).

.....
239 Pour en savoir plus : <https://www.rydwb.be/>

240 Il s'agit d'un kart permettant de simuler la conduite sous l'effet de l'alcool, via une modification des temps de réaction du véhicule.

de la dernière opération réalisée en Belgique lors de la Nuit Européenne Sans Accident, parmi les 426 conducteur-rices ayant acceptés de porter un bracelet, 83 % étaient reparti-es sans dépasser la limite autorisée²⁴¹.

Les *Responsible Young Drivers* proposent également un service de rapatriement la nuit du Nouvel An : suite à un appel téléphonique (0902/69669), deux volontaires motorisé-es se rendent à l'adresse mentionnée par la personne demandeuse, vérifient la conformité du véhicule (immatriculation, assurance, contrôle technique) puis la raccompagnent avec son propre véhicule jusqu'à son domicile. Dans les pays où ce type de dispositif a été évalué, il est considéré comme pertinent par une majorité de jeunes et il permet effectivement d'assurer un retour sécuritaire de certains jeunes ayant consommé de grande quantité d'alcool²⁴². Néanmoins, peu de jeunes ont recours à ce dispositif lorsqu'il est disponible, probablement parce que le fait qu'il soit généralement limité dans l'espace et le temps en réduit la propension d'utilisation.

La problématique de la conduite sous influence d'alcool est une thématique qui est également abordée lors d'autres types d'interventions en milieu festif et étudiant faisant appel à la stratégie de prévention par les pairs, que nous aborderons dans le chapitre 4.5. Dans certains pays, des interventions de prévention par les pairs sur

la thématique de la conduite sous influence d'alcool sont également occasionnellement menées en milieu scolaire, mais elles n'ont pas été évaluées de manière systématique²⁴³.

LES PROGRAMMES DE RÉGULATION DE L'OFFRE D'ALCOOL

Dans certains pays, des mesures sont prises par les pouvoirs publics afin de restreindre l'accès aux boissons alcoolisées dans certains lieux et/ou à certains moments. Ces mesures ne ciblent pas spécifiquement la conduite sous influence d'alcool mais visent plus globalement à réduire l'ensemble des dommages ainsi que les nuisances publiques liés à l'usage excessif d'alcool. Si elles sont globalement efficaces, elles ne semblent toutefois avoir qu'un impact très limité sur la conduite en état d'ébriété, et seuls certains groupes à risque tels que les jeunes hommes semblent profiter de ce type de mesure^{244,245}.

De nombreux pays, comme la Belgique, interdisent la vente de boissons alcoolisées aux personnes en état d'ivresse manifeste. À notre connaissance, il n'existe pas d'évaluation de l'efficacité d'une telle mesure sur la conduite sous influence

d'alcool. Des programmes de prévention peuvent également cibler spécifiquement les tenancier-es de débits de boissons de manière à leur rappeler leurs obligations légales et les sensibiliser par rapport à leurs responsabilités dans la lutte contre les dommages liés à l'alcool. Nous les aborderons dans le chapitre consacré à la prévention et à la réduction des risques en milieu festif et étudiant.

LES PROGRAMMES DE RETOUR À DOMICILE

Dans certains pays, des programmes de retour à domicile tel que celui proposé par les *Responsible Young Drivers* ont été mis en place, de manière à permettre aux conducteur-rices alcoolisé-es de rentrer chez eux-elles sans avoir à reprendre leur véhicule. Des trajets gratuits en taxi peuvent également être proposés, mais ce genre d'offre est généralement limité à des occasions précises (soirée de Noël ou du Nouvel An) en raison de son coût élevé. Des dispositifs existent également pour soutenir les organisateurs d'événements festifs ou certains établissements dans la proposition de solutions favorisant le retour à domicile en sécurité de leurs client-es. De manière générale, l'amélioration et la visibilité de l'offre de retour à domicile tout au long de la nuit est une démarche pertinente pour lutter contre le phénomène de conduite sous influence. Elle peut consister en un maintien ou un renforcement de l'offre de transports publics nocturnes (train, tram, bus) ou en une réduction du coût du voyage en taxi. En Belgique francophone, différentes actions sont menées dans les milieux festifs pour visibiliser cette offre de transports, notamment via les labels BackSafe et *Quality*

241 <https://www.levif.be/actualite/belgique/83-des-wallons-et-des-bruxellois-safe-lors-de-la-nuit-europeenne-sans-accident/article-normal-1205503.html>

242 Babor et al. (2010). Op. Cit.

243 Elder, R.W., Nichols, J.L., Shults, R.A., Sleet, D.A. & Barrios, L.C. et al. (2005). Effectiveness of School-Based Programs for Reducing Drinking and Driving and Riding with Drinking Drivers. A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 288-304.

244 Babor et al. (2010). Op. Cit.

245 Stockwell, T. & Chikritzhs, T. (2009). Do relaxed trading hours for bars and clubs mean more relaxed drinking? A review of international research on the impacts of changes to permitted hours of drinking. *Crime Prevention and Community Safety*, 11, 153 – 170.

*Nights*²⁴⁶. Les solutions à envisager pour améliorer l'offre de retour à domicile ne sont toutefois pas forcément les mêmes en milieu rural et en milieu urbain.

.....
246 En Wallonie, le label BackSafe est intégré au label *Quality Nights* dont il sera question dans le chapitre consacré aux interventions en milieux festifs et étudiants. Le label *Quality Nights* propose donc des mesures similaires au label BackSafe à ses partenaires de la Région bruxelloise.

LE SERVICE DE TAXI COLLECTIF EN RÉGION BRUXELLOISE (COLLECTO)

En Région bruxelloise, les lignes de métro, de tram et de bus ne sont généralement plus desservies à partir de minuit, et les quelques lignes de bus nocturnes (Noctis) cessent leurs activités à partir de 3h du matin. Bruxelles Mobilité a donc mis en place un service de taxi collectif de manière à favoriser les déplacements à moindre risque dans la capitale durant la nuit. Collecto est un service de taxis collectifs disponible 7 jours sur 7 entre 23 heures et 6 heures du matin sur tout le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale. Ce service est assuré par des taxis classiques qui regroupent plusieurs client-es voulant effectuer une course sur un trajet similaire. Actuellement, 200 points de départ sont proposés (au niveau d'arrêts STIB) signalés par un panneau spécifique. Le coût de la course est de 6 euros par personne par course (5 euros pour les porteurs d'abonnement STIB ou MOBIB). La réservation d'une course peut se faire via une application pour Smartphone ou par téléphone (ainsi que par SMS ou via un répondeur automatique pour les client-es enregistré-es).

➤ Pour en savoir plus : <https://taxisverts.be/collecto-fr/>

LE LABEL BACKSAFE EN WALLONIE

Ce label a été initié en 2015 par l'AWSR afin d'améliorer la sécurité routière dans le contexte des sorties festives en Wallonie. Le label est octroyé par l'agence afin de soutenir les organisations ou établissements de fêtes (festivals, cafés, discothèques, salles des fêtes communales,...) qui prennent des initiatives en matière de sécurité routière auprès de leur public, en particulier auprès des 18-34 ans. Chaque organisation ou établissement intéressé signe avec l'AWSR une charte BackSafe aménagée par les deux parties, qui l'engage à prendre des mesures concrètes afin de favoriser le retour à domicile en sécurité de leurs client-es²⁴⁷. Ces mesures consistent à communiquer de manière visible les solutions de retour existantes, à sensibiliser les client-es à des endroits stratégiques, à proposer des solutions concrètes comme la mise à disposition d'eau potable gratuite ou de «softs» à prix moins élevés que les boissons alcoolisées, à vendre des éthylotests jetables à prix démocratique, ou encore à mettre en place des navettes de bus gratuites. Dans le cadre de festivals, il s'agira par exemple de prolonger les campings au-delà du dernier concert afin que les

.....
247 Les mesures prises varient donc en fonction de l'accord conclu entre les parties, mais dans le respect de l'esprit du label.

participant-es puissent se reposer et quitter les lieux le lendemain. En contrepartie, l'AWSR soutient ces efforts par la mise à disposition ou le développement de matériel de communication, la mise en contact avec des partenaires utiles à la mise en place du projet, la réalisation d'actions de sensibilisation ou encore l'accord des subventions.

➤ Pour en savoir plus : <https://www.awsr.be/backsafe>

Le label a également initié un projet pilote en collaboration avec le Groupement national des entreprises de voitures de Taxis et de Location avec chauffeur, visant à promouvoir des retours en taxi à prix réduit. Concrètement, les jeunes de 16 à 30 ans peuvent acheter des chèques d'une valeur unitaire de 5 euros au prix de 2,5 euros, et les utiliser les jeudis, vendredis et samedis de 23h à 6h du matin auprès d'un taxi partenaire. Ce dispositif permet donc d'effectuer des courses de retour à domicile à moitié prix. Les chèques peuvent être commandés sur le site de l'AWSR²⁴⁸, où l'on retrouvera également la liste des taxis participants, par province. Les chèques taxi BackSafe pourraient être commercialisés de manière permanente si l'évaluation du projet s'avère positive.

.....
248 <https://www.awsr.be/cheques-taxi>

LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SÉLECTIVE ET INDIQUÉE

Des interventions spécifiques sur la thématique de la conduite sous influence d'alcool ont également été développées. Elles sont le plus souvent proposées de manière sélective aux individus à risque de conduite sous influence d'alcool (e.g. les jeunes hommes ayant une consommation fréquente de boissons alcoolisées) ou aux personnes ayant subi des dommages corporels en raison d'une consommation excessive d'alcool. Elles peuvent également être proposées comme mesure de réhabilitation à la conduite chez les conducteur·rices ayant été condamné·es pour conduite en état d'ébriété.

Le contenu et la durée de ces interventions est variable : il peut s'agir d'interventions brèves (1 ou 2 sessions de maximum 1h) ou de formation de sensibilisation plus étendue. Dans le cas d'intervention brève, il s'agira par exemple de proposer un exposé didactique sur les effets de l'alcool et sur les probabilités accrues d'accident en fonction du niveau d'alcoolémie. L'intervenant·e détaillera ensuite les risques légaux en cas de contrôle ou d'accidents impliquant une tierce personne. Enfin, il·elle discutera avec les participant·es de leurs pratiques de consommation et de leur disposition à conduire sous l'effet de l'alcool, et les motivera à modifier leurs comportements d'alcoolisation lorsqu'ils·elles sont susceptibles de reprendre le volant ou à mettre en place des stratégies de réduction des risques.

Selon une récente méta-analyse, les interventions brèves semblent efficaces pour réduire chez les jeunes les comportements

de conduite sous influence d'alcool ainsi que les épisodes d'hyperalcoolisation, qui augmentent fortement le risque d'accident en cas de conduite²⁴⁹. Selon une revue de la littérature, les interventions brèves menées dans les services d'urgence auprès d'adultes présentant des signes d'abus d'alcool sont associées à une réduction à court ou moyen termes de la conduite sous influence d'alcool et des accidents associés, bien qu'elles n'induisent pas de changement au niveau des consommations²⁵⁰. Les interventions brèves semblent également efficaces comme stratégie de réhabilitation chez les personnes sanctionnées pour conduite en état d'ivresse, en particulier lorsque la consommation d'alcool est associée à des signes dépressifs²⁵¹. Toutefois, les interventions à destination des récidivistes ne sont pas suffisantes en elles-mêmes et doivent être envisagées comme mesure complémentaire, par exemple à un retrait de permis ou à un dispositif d'éthylotest antidémarrage²⁵². En Belgique, des formations de sensibilisation (module de 20h) assorties d'examen de réintégration sont proposées par l'Institut Vias²⁵³ et peuvent être prononcées par

le tribunal comme condition probatoire à l'application d'une peine liée à une infraction de conduite sous influence.

LES RECOMMANDATIONS DES EXPERT-ES

Une prise en charge efficace de la problématique de la conduite sous l'influence d'alcool n'est pas possible sans l'adoption de mesures variées, intégrées et cohérentes à plusieurs niveaux. Selon les expert·es internationaux, les mesures présentées dans le tableau ci-contre permettent de contribuer efficacement à l'objectif de sécurité routière en matière d'alcool. Nous en avons synthétisé et fusionné les principales recommandations. Diverses mesures sont déjà d'application en Belgique.

-
- 249 Steinka-Fry, K.T., Tanner-Smith, E.E. & Hennessy, E.A. (2015). Effects of brief alcohol interventions on drinking and driving among youth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Addiction & Prevention*, 3, pii:11.
- 250 Landy, M.S.H., Davey, C.J., Quintero, D., Pecora, A. & McShane, K.E. (2016). Systematic review on the effectiveness of brief interventions for alcohol misuse among adults in emergency departments, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61, 1-12.
- 251 Wells-Parker, E., Dill, P., Williams, M. & Stoduto, G. (2006). Are depressed drinking/driving offenders more receptive to brief intervention? *Addictive Behaviors*, 31, 339-350.
- 252 Babor et al. (2010). Op. Cit.
- 253 Voir <https://www.vias.be/fr/particuliers/formations/> et <https://www.vias.be/fr/particuliers/examens-de->

.....
reintegration/

RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE CONDUITE SOUS INFLUENCE D'ALCOOL²⁵²

Législation	- Appliquer un seuil de tolérance bas (BAC inférieur à 0,2g/l²⁵³) - Réduire ce seuil de tolérance pour les jeunes conducteur-rices, les conducteur-rices peu expérimenté-es (conducteur-riche en licence et ayant moins de 2 ans d'expérience de conduite) et les conducteur-rices professionnel-les - Interdire ou limiter la conduite de nuit pour les jeunes conducteur-rices
Répression	- Augmenter les contrôles d'alcoolémie, en effectuant des contrôles aléatoires ainsi que des contrôles systématiques (a-sélectif, c'est-à-dire sans filtration préalable) - Systématiser les contrôles d'alcoolémie lors d'accidents avec dommages corporels - Effectuer des contrôles visibles (routes fréquentées, avertissements visuels...) » Ces mesures visent à augmenter la probabilité effective ainsi que la probabilité perçue d'être contrôlé-e, qui contribuent fortement à l'effet dissuasif de ces mesures - Prévoir des sanctions qui ne se limitent pas à de simples amendes (le retrait de permis est une mesure plus efficace, pour autant que le délai entre le contrôle et l'exécution du retrait de permis soit court) - Sanctionner le refus de se soumettre à un contrôle - Réduire autant que possible le délai entre l'infraction et la sanction afin de maximiser l'effet dissuasif de la sanction. Cette stratégie est plus efficace que celle qui consiste à augmenter les sanctions
Réhabilitation	- Renforcer les programmes de réhabilitation pour les contrevenant-es : programmes de réhabilitation à la conduite obligatoires pour certains groupes cibles, implémentation d'un programme de réhabilitation à la conduite pour les conducteur-rices professionnel-les, systématiser les retraits de permis, programmes étalés sur une période relativement longues, prévoir des programmes différenciés pour les personnes dépendantes et les personnes non dépendantes à l'alcool ainsi que pour les consommateur-rices d'alcool et les consommateur-rices d'autres drogues, etc. - Recourir au dispositif d'éthylotest antidémarrage pour les récidivistes, mais pas en tant que mesure isolée : ce dispositif doit être complété par une prise en charge globale - Compléter les programmes de prévention de la récidive avec des consultations psychothérapeutiques
Communication	- Renforcer la communication sur la problématique de conduite sous influence, sur les contrôles policiers et sur les peines encourues, et ce par différents canaux (dans la presse, sur les réseaux sociaux...), afin d'augmenter la probabilité perçue d'être contrôlé-e et la connaissance des risques légaux, et afin de faciliter la mise à l'agenda de la problématique au niveau des décideur-ses et des pouvoirs publics - Améliorer la communication et la collaboration entre les acteur-rices des différents secteurs concernés (éducation, santé, police, justice, mobilité), au niveau fédéral et régional
Prévention	- Diminuer l'acceptation sociale de la conduite sous influence d'alcool à travers des actions d'éducation et de sensibilisation ainsi que des campagnes ciblées (groupes à risque, périodes à risque), en délivrant le message explicite que la conduite et la consommation d'alcool ne sont pas conciliables²⁵⁴ - Les programmes de conducteur-rices désigné-es et les services de retour à domicile sont des stratégies utiles, mais elles ne doivent pas être déployées isolément - Développer des programmes de prévention sélective auprès des groupes à risque : les jeunes conducteur-rices, les personnes alcool-dépendantes, les polyconsommateur-rices (alcool-drogues, alcool-médicaments psychotropes) - Augmenter l'offre de transports alternatifs (y compris les transports en commun, les programmes de accompagnement) après l'heure de fermeture des lieux de débit de boissons afin d'inciter à l'utilisation des alternatives à la conduite automobile

.....

254 D'après Babor et al. 2010, op. cit. ; EMCDDA (2012). Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe: Finding from the DRUID project. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction ; OMS (s.d.) Advance and enforce drink driving counter measures, URL : https://www.who.int/substance_abuse/safer/a/en/ ; Addiction Suisse (2006). Op. Cit. ; Meesmann, U. & Rossi, M. (2015). Drinking and driving: learning from good practices abroad. Brussels: Belgian Road Safety Institute – Knowledge Centre Road Safety. Cette étude de l'Institut Vias visait à identifier les bonnes pratiques en la matière sur base d'un examen des mesures prises par les pays qui enregistrent les plus petits niveaux de prévalence de conduite sous influence d'alcool (Suède, Finlande, Pologne et Estonie), afin d'identifier des pistes pour améliorer la situation en Belgique. L'étude portait également sur un examen de la situation dans des pays où la problématique a évolué de manière positive au cours des dix dernières années, ainsi qu'aux Pays-Bas, pays voisin particulièrement efficace en matière de prévention de la conduite sous influence d'alcool.

255 0,09mg/litre d'air alvéolaire expiré.

256 Dans les pays où la conduite sous influence d'alcool est la plus basse, ce comportement est très largement considéré comme inacceptable.

POUR EN SAVOIR PLUS

EMCDDA (2012). *Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe: Finding from the DRUID project*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. ★

Meesmann, U. & Rossi, M. (2015) *Drinking and driving: learning from good practices abroad*. Brussels: Belgian Road Safety Institute – Knowledge Centre Road Safety. ★

Voas, R.B. & Fell., J.C. (2011). Preventing Impaired Driving. Opportunities and Problems. *Alcohol Research & Health*, 34, 225-235. ★

4.3 PRÉVENTION EN MILIEU SCOLAIRE

Relecture : Guylaine Benech (consultante-formatrice en santé publique), Véronique Decarpentrie (Prospective Jeunesse) et Damien Favresse (Centre Bruxellois de Promotion de la Santé)

Selon les enquêtes relatives à la consommation d'alcool en Belgique francophone, les premières consommations de boissons alcoolisées surviennent généralement à l'adolescence, comme dans la plupart des pays occidentaux. Les jeunes consomment de l'alcool moins régulièrement que les adultes, mais lorsqu'ils en consomment, ils en boivent de plus grandes quantités et ont plus souvent recourt à des pratiques d'hyperalcoolisation telle que le *binge drinking*²⁵⁷ afin d'atteindre

.....
257 Le *binge drinking* est un mode de consommation abusif caractérisé par l'ingestion d'une importante quantité d'alcool en un minimum de temps, généralement afin d'atteindre rapidement un état d'ivresse. Ce comportement est le plus souvent opérationnalisé comme une consommation d'un nombre défini de verres d'alcool (4, 5 ou 6, suivant les définitions) au cours d'une période de deux heures. Il est parfois défini de manière genrée (e.g. 4 verres pour les filles et 5 verres pour les garçons). Le concept d'alcoolisation ponctuelle importante (API) est parfois préféré au concept de *binge drinking*, car il est plus facile à objectiver dans la mesure où il ne prend pas en compte la «vitesse» de consommation ni son intentionnalité (i.e. rechercher l'ivresse). L'API est généralement définie comme la consommation d'au moins au moins 5 verres (ou 6 verres) en une même occasion. Ces formes de consommation excessive

un état d'ivresse. Les jeunes de moins de 16 ans ne sont pas épargnés par ce phénomène, malgré l'interdit censé être d'application en Belgique. Contrairement aux idées reçues, le *binge drinking* n'est pas un phénomène nouveau, mais il semble être davantage populaire que par le passé. Il s'agit d'une pratique d'usage excessif qui touche déjà de nombreux jeunes de l'enseignement secondaire²⁵⁸, mais qui est surtout très fréquente dans le milieu étudiant de l'enseignement tertiaire²⁵⁹ et qui est favorisée par les activités de folklore étudiantin.

La survenue de comportements à risque est relativement fréquente à l'adolescence et n'a en soi rien de dramatique, mais il ne faut pas banaliser ces conduites pour autant. L'expérimentation d'alcool ou d'autres substances psychoactives

.....
ne sont évidemment pas propres aux jeunes, car de nombreux adultes y ont recours, notamment lors d'activités festives, sans forcément poursuivre initialement un objectif d'ivresse.

258 Selon l'enquête HBSC menée en 2018 en FWB (voir Dujou, Pedroni, Lebacqz, Desnouck, Moreau et al., 2020), un élève sur dix pratique le *binge drinking*, défini dans ce cas comme le faire de boire généralement au moins 4 verres d'alcool en moins de deux heures lors d'une fête ou d'une sortie entre amis. Ce comportement est plus fréquent chez les élèves du 2e-3e degré du secondaire que chez ceux du 1er degré (13,3 % versus 2,2 %), et il concerne davantage les garçons que les filles (12,6 % versus 6,6 %). Les élèves les plus exposés sont les jeunes garçons de 5e secondaire (24,3 %) et de 6e secondaire (21,4 %).

259 Selon une enquête menée par Modus Vivendi en 2015 dans deux universités bruxelloises (voir Hogge et Walewyns, 2016), 15,2 % des étudiant-es pratiqueraient le *binge drinking* (défini dans ce cas comme le fait de consommer au moins 5 verres en maximum deux heures) plusieurs fois par semaine (22,9 % des étudiants et 9,4 % des étudiantes), et 15,4 % seraient ivres plusieurs fois par semaine (21,3 % des étudiants et 11 % des étudiantes).

n'est pas donc forcément un phénomène inquiétant ou problématique. Mais chaque usage doit être évalué en tenant compte des caractéristiques de la personne (âge, motivations, etc.) et du contexte de consommation. L'alcool est un produit nocif même en faible quantité. Dès lors, certaines formes d'usage d'alcool, même ponctuelles, peuvent être dommageables y compris chez les jeunes, *a fortiori* si elles se chronicisent. Certains jeunes sont davantage exposés que d'autres au risque de consommer de l'alcool de manière excessive, en raison de leurs caractéristiques individuelles et/ou de l'environnement (familial, social et culturel) dans lequel ils évoluent. Parmi les facteurs de risques individuels les plus documentés dans la littérature, on retrouve certaines affections psychiatriques (troubles anxieux, dépressifs, psychotiques), une faible estime de soi, les troubles identitaires, les troubles de l'attention (avec ou sans hyperactivité), ou encore les traumatismes psychologiques. Au niveau des facteurs de risque environnementaux, on retrouve la présence d'antécédents familiaux de mésusage d'alcool, un faible contrôle parental, des problèmes relationnels à l'école, un itinéraire migratoire, la fréquentation de pairs buveurs, ou encore des difficultés financières au sein du ménage (ou, à l'inverse, le fait d'être issu d'un milieu favorisé). Plus globalement, la propension au mésusage d'alcool est également influencée par le contexte socioculturel : l'évolution des normes sociales ainsi que de l'acceptabilité sociale de certains comportements d'alcoolisation (*binge drinking*, «cuite»...) a en effet un impact non négligeable sur les consommations. Cet impact est lui-même accentué par des biais cognitifs relatifs aux normes d'usage perçues, qui mènent souvent les jeunes à

croire que leurs semblables consomment plus souvent de l'alcool ou de manière plus excessive qu'ils ne le font en réalité.

Le secteur de l'enseignement est idéalement placé pour proposer des programmes d'information, de sensibilisation et de prévention relatifs à la consommation de drogues légales et illégales, dans la mesure où l'obligation scolaire permet de toucher quasiment tou-te-s les jeunes. L'école est également un environnement pouvant contribuer au repérage précoce des usages excessifs, à condition que ce repérage ne soit pas une occasion de stigmatiser ou de marginaliser les jeunes usager-es, et que l'intervention qui en découle soit proposée dans la bienveillance et le respect des choix des jeunes. Malgré cette position idéale, la prévention des assuétudes ne fait pas encore véritablement partie du programme officiel en Fédération Wallonie-Bruxelles²⁶⁰. Ce manque de systématisation de la prévention en milieu scolaire a pour conséquence que certaines écoles ne prennent des initiatives en cette matière que lorsque des problèmes surviennent et impactent

.....
260 Actuellement, des interventions ponctuelles sont proposées dans certaines écoles par le biais des points d'appui assuétudes et des centres locaux de promotion de la santé (CLPS), ainsi que par certains services de promotion de la santé à l'école (PSE). Différents services spécialisés en assuétudes financés par la promotion de la santé interviennent également de manière à sensibiliser, former et outiller les acteur-rices scolaires, afin qu'ils puissent aborder plus sereinement et efficacement ces questions avec les élèves et qu'ils puissent gérer les situations complexes plus adéquatement, mais ces interventions ne sont actuellement proposées qu'en cas de demande explicite d'une école. Des animations à destination des élèves sont également proposées par des services financés dans le cadre de Plans de cohésion sociale ou de Plans stratégiques de sécurité et de prévention, mais de manière relativement locale et ponctuelle.

QUELS RISQUES POUR LES JEUNES ?

La consommation d'alcool chez les adolescent-es est fortement associée à l'expérimentation (recherche de nouvelles expériences et sensations), la prise de plaisir et la socialisation (conformisme, pression sociale). Leurs **connaissances en matière de risques associés** ne sont pas optimales, et leurs perceptions des risques sont souvent biaisées, ce qui les expose davantage aux conséquences néfastes de l'usage de boissons alcoolisées. La consommation excessive, même occasionnelle, peut avoir des conséquences au niveau social, psychologique ou physique. L'altération du jugement induite par un état d'ébriété, associée au sentiment d'invulnérabilité et à la recherche de sensations, fréquents chez les jeunes²⁶¹, leur font parfois prendre des risques inconsidérés (conduite d'un véhicule, défi physique, bagarre, rapports sexuels non protégés ou non consentis, retour à domicile scabreux, etc.). La surconsommation répétée d'alcool à l'adolescence peut aussi avoir un impact nocif sur les relations interpersonnelles^{262,263}, et augmente le risque de développer une dépendance à l'âge adulte (bien que d'autres déterminants interviennent également)²⁶⁴. Enfin, la consommation répétée de quantités excessives d'alcool, et plus particulièrement la pratique du *binge drinking*, peut avoir chez les jeunes un effet délétère sur certaines fonctions cognitives, en particuliers les fonctions exécutives et mnésiques²⁶⁵, ce qui peut impacter les performances scolaires. Ce sont surtout les étudiant-es de l'enseignement tertiaire (supérieur) qui sont exposés à ces effets sur l'apprentissage. Remarquons toutefois que les jeunes, lorsqu'ils consomment de l'alcool, ne le font pas tous de manière excessive. En outre, un usage excessif peut être passager ou ponctuel, sans engendrer forcément un impact significatif sur la santé et le bien-être du jeune.

.....
261 Ravert, R.D., Schwartz, S.J., Zamboanga, B.L., Kim, S.Y., Weisskirch, R.S., & Bersamin, M. (2009). Sensation seeking and danger invulnerability: Paths to college student risk-taking. *Personality and Individual Differences*, 47, 763-768.

262 Castaño-Perez, G.A., & Calderon-Vallejo, G.A. (2014). Problems associated with alcohol consumption by university students. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22, 739-746.

263 Lorant, V., Nicaise, P., Maurage, P., Bruneau, A., Denis, C., et al. (2011). La consommation d'alcool chez les jeunes de l'UCL : une synthèse. Louvain-La-Neuve : Université Catholique de Louvain.

264 Voir McCambridge, J., McAlaney, J., Rowe, R. (2011). Adult Consequences of Late Adolescent Alcohol Consumption: A Systematic Review of Cohort Studies. *PLoS Med*, 8:e1000413.

265 Carbia, C., López-Caneda, E., Corral, M. & Cadaveira, F. (2018). A systematic review of neuropsychological studies involving young binge drinkers. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 90, 332-349.

le «vivre-ensemble». De nombreux jeunes poursuivent donc leur scolarité sans jamais avoir été exposés à des programmes de prévention relatifs à l'alcool et, à fortiori, aux autres drogues légales et illégales.

Les expert-es estiment pourtant que la prévention doit commencer tôt, être renforcée durant les périodes de transition développementale (l'entrée en secondaire ainsi que l'adolescence), et aborder l'ensemble des substances psychoactives légales ou illégales auxquelles les jeunes peuvent être exposé-es²⁶⁶. Les enjeux sont d'autant plus importants que la précocité d'un usage régulier, y compris d'alcool (surtout s'il induit des états d'ivresse), augmente la probabilité d'un impact (immédiat ou différé) sur le cerveau, les relations sociales et le cursus scolaire^{267,268}. L'école apparaît donc comme un milieu privilégié voire prioritaire pour initier des programmes de prévention à destination des jeunes. Encore faut-il que l'école applique en son sein une politique cohérente, globale et bienveillante en matière d'usage de substances psychoactives²⁶⁹.

266 UNESCO, UNODC & OMS (2018). Politiques rationnelles et bonnes pratiques en matière d'éducation à la santé. Brochure 10. Réponses du secteur de l'éducation à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime et Organisation mondiale de la Santé.

267 Hemphill, S.A., Heerde, J.A., Scholes-Balog, K.E., Herrenkohl, T.I. et al. (2014). Effects of early adolescent alcohol use on mid-Adolescent school performance and connection: A longitudinal study of students in Victoria, Australia and Washington State, United States. *Journal of School Health*, 84, 706-715.

268 Kuntsche, E., Rossow, I., Simons-Morton, B., Ter Bogt, T., Kokkevi, A., & Godeau, E. (2013). Not early drinking but early drunkenness is a risk factor for problem behaviors among adolescents from 38 European and North American Countries. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 37, 308-314.

269 UNDOC (2013). International intervention on drug use prevention. Vienne: United Nations Office on Drugs and Crime.

UNE BONNE NOUVELLE POUR L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE DE LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES ?

Le Pacte pour un Enseignement d'excellence prévoit depuis 2018 la possibilité pour certains élèves de l'enseignement secondaire de bénéficier de programmes de prévention et de prise en charge des assuétudes pendant les périodes scolaires²⁷⁰. Dans ce contexte, un appel à candidatures a été lancé afin de permettre à une quarantaine d'école de bénéficier d'un accompagnement à l'intégration d'un **projet pilote de prévention** s'inscrivant (du moins en théorie) dans une démarche de promotion de la santé. Au total, 38 écoles ont été sélectionnées pour bénéficier du dispositif à partir de 2019²⁷¹. Le programme se divise en trois phases : la première vise à préparer les établissements par le biais d'un accompagnement dans une démarche de mise en projet au départ d'une analyse de la demande de l'établissement scolaire et d'une réflexion par rapport aux usages des élèves. La deuxième phase prévoit l'intervention d'un-e référent-e assuétudes (éducateur-trice de formation) présent-e en tant que personne ressource au sein de l'établissement scolaire. Il/elle sera chargé-e d'intervenir de manière individuelle (travail de proximité, analyse des demandes, orientation...) et collective (animations de sensibilisation, création de projets, accompagnement à la réflexion), et aura également comme mission de faire le lien avec le niveau institutionnel (direction, personnel et partenaires). La troisième étape consiste à offrir un accompagnement à la gestion/cessation de la consommation chez les élèves qui en feraient la demande, via l'intervention d'un-e professionnel-le externe. Cette prise en charge, essentiellement groupale, se déroulera sur une période de minimum 7 mois comprenant 15 séances d'1 heure, réparties en trois phases : préparatoire, désintoxication, consolidation. Telle que définie dans la circulaire, elle ciblera essentiellement les consommateur-trices de tabac. Nous espérons que la mise en place de ce projet se fera effectivement dans une démarche de promotion de la santé (dans le respect des choix des élèves et sans stigmatisation), que les interventions mises en place s'appuieront sur les bonnes pratiques en la matière (construction des projets avec les élèves, éducation par les pairs,...) et qu'elles bénéficieront d'une évaluation.

270 Circulaire 6923 du 19/12/2018 de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Programmes de prévention et de prise en charge des assuétudes.

271 Sur 80 établissements scolaires ayant posé leur candidature. Isabelle Pistone. Communication personnelle (20/09/2019).

Des cadres politiques et stratégiques du secteur de l'éducation

- › Ils peuvent prendre plusieurs formes : politiques obligatoires en matière de consommation à l'école, éducation obligatoire à la santé et à la prévention de la consommation, services de santé scolaires...
- › Les cadres politiques et stratégiques doivent reposer sur des données probantes et sur les priorités sociétales balisées par des cadres internationaux pertinents

Des programmes scolaires nationaux et sous-nationaux

- › Ces programmes sont adéquatement incorporés dans un domaine disciplinaire en rapport avec la santé
- › Les contenus et concepts sont adaptés à l'âge des élèves, axés sur les compétences personnelles et sociales et s'adressent en particulier aux jeunes avant et pendant leur première consommation
- › Des connaissances et des attitudes spécifiques sont transmises aux jeunes qui auraient déjà commencé à consommer des substances psychoactives
- › Ces programmes reposent sur des méthodes pédagogiques interactives animées par des intervenant-es formé-es
- › Ces programmes sont échelonnés et structurés sur plusieurs années afin d'assurer une acquisition à long terme de connaissances et compétences

Des services de formation et d'encadrement du personnel éducatif

- › Ces services garantissent l'acquisition de compétences du personnel éducatif afin qu'il puisse répondre de manière adéquate aux situations de consommation survenant dans l'enceinte de l'école
- › Idéalement, une formation générale sur la prévention est également dispensée aux enseignant-es (en formation continue ou complémentaire)

Des réponses fondées sur des données probantes au niveau de l'école comprenant :

- › Des programmes de prévention universelle visant à procurer un environnement sain et bienveillant aux jeunes, des mesures de prévention sélective ciblant les groupes à risque, et des interventions de prévention indiquée chez les jeunes qui consomment déjà
- › Un environnement et des activités scolaires où la consommation de substances psychoactives est interdite aux élèves ainsi qu'aux membres du personnel
- › Des mesures non punitives à l'égard des élèves surpris-es à consommer des substances psychoactives. Ces incidents sont ensuite utilisés comme une opportunité d'éducation et de promotion de la santé

Les stratégies de prévention de l'usage d'alcool (et plus généralement de substances psychoactives) ciblant les jeunes et susceptibles d'être déployées en milieu scolaire peuvent être catégorisées en trois groupes :

- 1) Les programmes de **prévention universelle**, qui s'adressent à tou-te-s les jeunes d'une population avec l'objectif de prévenir l'usage ou du moins retarder l'âge des premières expérimentations, et prévenir le développement d'un usage excessif. Ces programmes peuvent prendre

diverses formes et poursuivre différents objectifs : améliorer les connaissances des jeunes sur les effets et risques liés aux produits, modifier les attitudes par rapport aux produits (normes perçues de consommation, attentes, perception des risques...), favoriser le développement de compétences psychosociales (capacité à prendre de décision de manière autonome en résistant à la pression du groupe, capacité à se fixer des objectifs responsables, gestion des émotions, conscience sociale, compétences relationnelles...). Les programmes qui visent uniquement à informer les jeunes sur les produits et leurs effets

sont considérés comme non efficaces. En outre, il est généralement plus efficace d'engager les acteur-rices scolaires dans le programme que de faire uniquement appel à des intervenant-es extérieur-es.

- 2) Les programmes de **prévention sélective**, qui visent plus spécifiquement les individus ou groupes à risque de développer un usage problématique (e.g. jeunes dont la situation familiale est instable, jeunes ayant des conflits avec leurs parents, jeunes victimes de négligence ou de violence parentale, jeunes entouré-es par des pairs ou des parents

.....
272 D'après UNESCO, UNODC & OMS (2018). Op. Cit.

consommateurs, jeunes présentant certains traits de personnalité...), poursuivent les mêmes objectifs que la prévention universelle (e.g. prévenir ou retarder les consommations). Le contenu de ces programmes est généralement similaire à celui proposé en prévention universelle, mais il est adapté au vécu et aux particularités du groupe cible.

- 3) Les interventions de **prévention indiquée** visent à réduire la fréquence de consommation ainsi que les conséquences délétères chez les jeunes déjà engagé-es dans une consommation excessive mais n'ayant

pas encore développé d'addiction. Elles visent aussi à fournir, si nécessaire, un soutien ou une orientation vers des services d'aide aux jeunes qui en auraient besoin. Les interventions de ce type visent essentiellement à motiver les jeunes à modifier leurs habitudes de consommation et à les soutenir dans leur changement comportemental.

Globalement, les expert-es internationaux²⁷³ s'accordent sur la nécessité de mettre en place des programmes de prévention universelle, sélective et indiquée dès

l'enfance et durant l'adolescence, dans une démarche globale de promotion de la santé. Ces programmes doivent être adaptés à chaque stade de développement. Les expert-es rappellent qu'il n'existe aucune preuve d'un effet préventif des opérations de dépistage dans les écoles (via par exemple des tests urinaires ou des opérations de police). De même, ils soulignent que les approches de prévention primaire centrées sur l'émotionnel, qui consistent à fournir des informations sur les produits en suscitant la peur via, par exemple des témoignages dramatiques

.....
273 UNESCO, UNODC & OMS (2018). Op. Cit.

LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES : DES FACTEURS DE PROTECTION À RENFORCER

Déjà avancé comme un déterminant de la santé dans la charte d'Ottawa (1986), le concept de compétences psychosociales («*life skills*» en anglais) gagna encore en importance dans un document de l'OMS publié en 1993²⁷⁴. L'organisation le définit alors comme «la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large, en termes de bien-être physique, mental et social.»

L'organisation décline ce concept en 10 compétences transversales, qui peuvent être regroupées deux par deux : apprendre à résoudre des problèmes / apprendre à prendre des décisions ; avoir une pensée créative / avoir une pensée critique ; savoir communiquer efficacement / être habile dans les relations interpersonnelles ;

avoir conscience de soi / avoir de l'empathie pour les autres ; savoir gérer son stress / savoir gérer ses émotions.

De nombreux programmes de prévention visent à développer ou à renforcer ces compétences psychosociales, dans la mesure où elles peuvent agir comme facteur de protection par rapport à différentes problématiques qui émergent à l'adolescence (santé mentale, santé sexuelle, usage de substances psychoactives, délinquance, etc.). L'acquisition de ces compétences permet aux jeunes d'adopter une attitude réflexive/critique par rapport aux comportements de consommation, de gérer plus efficacement les «opportunités» de consommation, et d'adopter une attitude responsable par rapport à leur propre consommation. Dans ce contexte, renforcer le développement des compétences psychosociales des jeunes (et des parents) plus vulnérables via des programmes de psychoéducation adaptés constitue également un moyen de lutter efficacement contre les inégalités sociales de santé.

.....
274 WHO (1993). Life skills education in schools. Geneva: World Health Organization.

d'ancien-nes usager-es²⁷⁵, sont inefficaces voire contre-productives. Ils s'accordent en revanche sur l'intérêt de coordonner ou prolonger les animations en intégrant la thématique des usages/produits aux matières officiellement enseignées. Par exemple, la question des modes d'action et effets des produits peut être abordée par le biais du cours de biologie, et la question du sens des consommations par le biais du cours de morale ou de religion.

D'après certaines revues de la littérature, de nombreuses interventions de prévention universelle en milieu scolaire relative à l'usage d'alcool ne sont que faiblement voire pas efficaces^{276,277}. Il importe donc de baser autant que possible les interventions sur des données probantes et des recommandations existantes. Mais il est probablement illusoire de penser qu'une intervention ponctuelle dans les écoles sans action conjointe sur les autres déterminants sociaux et sociétaux de l'usage (et notamment sur les facteurs environnementaux qui favorisent la consommation) parviendra à elle seule à compenser l'impact des représentations sociales positives sur l'alcool, véhiculées quotidiennement, dès le plus jeune âge, par la publicité et les médias²⁷⁸. Enfin, il

semble que les interventions universelles à composantes multiples (intervention dans plusieurs contextes ou milieux de vie) ne soient globalement pas plus efficaces que les interventions à composante unique (intervention dans un seul contexte, par exemple le milieu scolaire)²⁷⁹. En revanche, les programmes de prévention sélective et indiquée en milieu scolaire, qui ciblent les jeunes à risques, bénéficient grandement d'une déclinaison dans d'autres contextes

de vie, par exemple le milieu familial et communautaire²⁸⁰.

LES INTERVENTIONS UNIVERSELLES À DESTINATION DES JEUNES DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE

Les interventions de prévention universelle ciblant spécifiquement les jeunes en enseignement primaire ayant fait l'objet d'évaluations positives visent généralement à développer leurs compétences psychosociales, à travers des séances interactives structurées et échelonnées sur une période de temps suffisamment longue. Elles ont comme effet bénéfique de diminuer la prévalence d'usage d'alcool à l'adolescence et de retarder l'âge de

.....
parmi les plus regardées par les adolescent-es français-es en 2012-2013, Chapoton, Russell & Régnier-Denois (2016) ont montré que l'alcool était présent dans 88 % des épisodes, le plus souvent au sein de scènes mettant en jeu le foyer familial. L'alcool imprègne notre société en profondeur, et sa présence dans de nombreux produits télévisuels contribue au développement de représentations sociales favorables envers ce produit dès l'enfance, ce qui augmente son acceptabilité voire sa désirabilité. Ce statut particulier rend d'autant plus difficile la prévention sur ce produit auprès des jeunes.
279 Foxcroft, D.R. & Tsertsvadze, A. (2011a). Universal multicomponent prevention programs for alcohol misuse in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 9, Art. No.: CD009307.

.....
280 Flay, B. R. (2000). Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environmental change. Addictive Behaviors, 25, 861-885.9
281 D'après UNESCO, UNODC & OMS (2018). Op. Cit.

.....
275 En revanche, la pair-aidance (dite aussi prévention par les pairs) est vivement recommandée dans les dispositifs de prévention et de réduction des risques qui ciblent les personnes déjà engagées dans des pratiques de consommation (voir chapitre 4.5. Prévention et réduction des risques en milieu festif et en milieu étudiant).
276 Moskowitz, J.M. (1989). The primary prevention of alcohol problems: a critical review of the research literature. Journal of Studies on Alcohol, 50, 54-88.
277 Cuijpers, P. (2002). Peer-led and adult-led school drug prevention: a meta-analytic comparison. Journal of Drug Education, 32, 107-119.
278 À titre d'exemple, dans une analyse du contenu de 180 épisodes des 14 séries qui figuraient

CARACTÉRISTIQUES DES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION À DESTINATION DES ENFANTS DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE, EN FONCTION DU NIVEAU D'EFFICACITÉ ²⁷⁹	
Interventions efficaces	Interventions inefficaces ou contre-productives
➢ Séances essentiellement interactives ➢ Intervention sous forme d'une série de séances structurées (au moins 10 heures annuelles au total) ➢ Intervention assurée par des enseignant-es ou des animateur-ices formé-es ➢ Accent mis sur le développement des compétences psychosociales	✗ Séances essentiellement non interactives (cours magistraux) ✗ Délivrance d'information sur les produits en suscitant la peur ✗ Recours à des enseignant-es non formé-es ✗ Séances essentiellement axées sur le développement de l'estime de soi et sur l'éducation émotionnelle (et non sur l'acquisition de compétences) ✗ Transmission de compétences sans les adapter aux contextes particuliers des élèves

la première expérimentation^{282,283}. Elles permettent aussi de diminuer la survenue ultérieure de comportements d'usage excessif (ivresse, *binge drinking*). L'avantage de ces interventions est qu'elles semblent également avoir un effet bénéfique sur d'autres comportements ou domaines du développement tels que la participation scolaire et la réussite scolaire, l'estime de soi, le bien-être mental, ou encore la prise de décision²⁸⁴. En ce qui concerne les très jeunes enfants, les interventions universelles ne paraissent pas réellement efficaces : seules les interventions sélectives (qui s'adressent donc spécifiquement à des enfants à risque) semblent associées à des résultats bénéfiques, mais elles exigent un travail conséquent²⁸⁵.

LES INTERVENTIONS UNIVERSELLES À DESTINATION DES JEUNES DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Les interventions universelles ciblant spécifiquement les adolescent-es qui ont fait l'objet d'évaluations positives comportent le plus souvent deux volets : un premier volet visant à informer les jeunes sur les

CARACTÉRISTIQUES DES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION À DESTINATION DE JEUNES DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE, EN FONCTION DU NIVEAU D'EFFICACITÉ^{285,286}

Interventions efficaces	Interventions inefficaces ou contre-productives
- Intervention sous forme d'une série de séances structurées (10 à 15) une fois par semaine - Intervention basée sur des fondements théoriques (modèle de l'influence sociale) - Séances «de rappel» échelonnées sur plusieurs années - Séances essentiellement interactives - Intervention assurée par des enseignant-es, des animateur-rices ou des pairs formé-es - Accent mis sur l'acquisition et l'exercice de diverses compétences psychosociales (adaptation, résistance, prise de décision,...) - Accent mis sur la perception des risques associés à la consommation et sur les conséquences immédiates - Accent mis sur la rectification des normes de consommation perçues et des attentes liées à la consommation	- Séances essentiellement non interactives (cours magistraux) ou basées sur un dialogue non structuré - Délivrance d'information sur les produits en suscitant la peur - Recours à des enseignant-es non formé-es - Séances essentiellement axées sur le développement de l'estime de soi et sur l'éducation émotionnelle (et non sur l'acquisition de compétences) - Séances abordant uniquement la prise de décision ou les valeurs éthiques/morales - Appui sur des témoignages d'usager-es problématiques d'alcool ou d'autres drogues - Appui sur des fonctionnaires de police pour délivrer les séances

produits (effets, risques...) ²⁸⁶ lors de séances interactives dont l'objectif est de corriger les représentations erronées (en confrontant effets réels *versus* attentes, normes d'usage perçues *versus* normes d'usage réelles, perception des risques *versus* risques réellement encourus...), et un second volet qui vise à développer ou renforcer certaines compétences psychosociales, afin de rendre les jeunes plus autonomes dans leur prise de décision (c'est-à-dire moins influencé-es par la pression du groupe, les normes perçues, ou encore les attentes par rapport

aux effets du produit). Les interventions qui se limitent à proposer uniquement une information sur les produits sont considérées comme peu efficaces : l'accès à l'information est en fait une condition nécessaire mais non suffisante à la modification des comportements. Lorsque ces interventions sont proposées au début de l'adolescence, elles ne parviennent pas forcément à retarder l'âge de la première consommation. En revanche, elles auront un effet bénéfique sur la fréquence de consommation et réduiront la survenue

282 Foxcroft, D.R. & Tsertsvadze, A. (2011b). Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 5, Art. No.: CD009113.
283 Guillemont, J., Clément, J., Cogordan, C. & Lamboy, B. (2013). Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes : synthèse de la littérature. Santé Publique, 25, 37-45.
284 Durlak, J.A., Weissberg, R.P., Dymnicki, A.B., Taylor, R.D. & Schellinger, K.B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of schoolbased universal interventions. Child Development, 82, 405-432.
285 UNODC (2013). Op. Cit.

286 Il existe des interventions spécifiques sur l'alcool. Toutefois, les interventions portent le plus souvent simultanément sur plusieurs produits (alcool, tabac, cannabis...) susceptibles d'être consommés par les jeunes.

287 D'après UNESCO, UNODC & OMS (2018). Op. Cit.
288 Cuijpers, P. (2002). Peer-led and adult-led school drug prevention: a meta-analytic comparison. Journal of Drug Education, 32, 107-119.

d'usages excessifs^{289,290}. Ces interventions semblent également avoir un effet bénéfique sur d'autres comportements²⁹¹.

Les interventions de prévention en milieu scolaire ne sont pas forcément spécifiques à l'alcool et ne visent pas toutes directement les jeunes. Elles peuvent aussi s'adresser aux intervenant-es scolaires afin de les outiller et les autonomiser dans leur capacité à aborder de manière adéquate les problématiques d'usage avec les jeunes de manière proactive ou réactive. Certaines interventions peuvent s'appuyer sur des outils composés d'un volet théorique (formatif) à destination des adultes-relais et d'un volet pratique (animations) à destinations des jeunes, que les adultes-relais seront formés à utiliser. C'est le cas de l'outil «Milles Facettes» développé par l'asbl Nadja²⁹², qui aborde les questions d'usage de substances psychoactives (en ce compris l'alcool) sous différents angles, avec l'objectif de permettre aux intervenant-es d'ouvrir le dialogue avec les jeunes en partant de leurs préoccupations et motivations d'adolescent-es.

EXEMPLE DE BONNES PRATIQUES : LE PROGRAMME UNPLUGGED

Unplugged est un programme de prévention des assuétudes (avec un focus particulier sur l'alcool, le tabac et le cannabis) à destination des élèves du 1er degré du secondaire. Il a été développé dans le cadre d'une collaboration internationale entre plusieurs institutions impliquées dans la prévention des assuétudes²⁹³. Ce programme vise à outiller les enseignant-es et éducateur-rices afin qu'ils puissent aborder la prévention auprès des élèves au cours de 12 leçons interactives d'environ 1 heure. Les leçons sont divisées en trois modules de 4 heures portant sur les connaissances et attitudes relatives aux produits, sur les compétences personnelles et sur les compétences interpersonnelles. La formation des intervenant-es se déroule en trois jours.

Ce programme propose aux jeunes des informations objectives sur les produits, en interrogeant et confrontant leurs représentations aux réalités. Il vise le développement de stratégies d'adaptation permettant aux jeunes de faire face aux situations à risque ou aux opportunités de consommation. L'objectif du programme, qui repose sur la théorie de l'influence sociale, est triple :

- › Réduire/prévenir le développement d'attitudes positives des jeunes à l'égard des produits
- › Corriger les normes de consommation perçues (la croyance qu'il existe parmi les pairs de nombreux consommateur-rices)
- › Accroître leur capacité de refus

Des évaluations objectives randomisées ont mis en évidence un effet bénéfique de ce programme sur la consommation d'alcool^{294,295} et d'autres produits²⁹⁶. Il apparaît que les adolescent-es ayant participé à ce programme ne sont pas moins enclins à consommer de l'alcool ultérieurement. En revanche, ils présentent moins de risque de rapporter des problèmes liés à leur consommation et sont moins susceptibles de rapporter des épisodes d'ivresse, en particulier s'ils n'avaient jamais consommé d'alcool avant le début de l'intervention. Les usager-es occasionnel-les et les non-usager-es au moment du début de l'intervention ont également moins de risque d'évoluer vers un usage fréquent. Ce type d'intervention semble donc efficace sur les jeunes qui ne consomment pas ou peu d'alcool. En revanche, des interventions plus spécifiques sont nécessaires pour modifier les comportements de consommation des jeunes qui en consomment déjà régulièrement ou excessivement.

Une offre de formation à l'utilisation de ce programme est proposée en Belgique francophone par l'asbl Trempoline. Pour plus d'information : <https://www.trempoline.be/prevention/unplugged/>

289 Foxcroft, D.R. & Tsertsvadze, A. (2011b). Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 5, Art. No.: CD009113.

290 Guillemont, J., Clément, J., Cogordan, C. & Lamboy, B. (2013). Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes : synthèse de la littérature. Santé Publique, 25, 37-45.

291 Durlak, J.A., Weissberg, R.P., Dymnicki, A.B., Taylor, R.D. & Schellinger, K.B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of schoolbased universal interventions. Child Development, 82, 405-432.

292 Pour plus d'informations : <http://www.pipsa.be/outils/detail-14087215/mille-facettes.html>

293 Voir : https://www.eudap.net/Unplugged_HomePage.aspx

294 Caria, M.P., Faggiano, F., Bellocco, R., & Galanti, M.R. (2011). EU-Dap Study Group. Effects of a school-based prevention program on European adolescents' patterns of alcohol use. Journal of Adolescence Health, 48, 182-188.

295 Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., et al. (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. Drug Alcohol Depend 2010; 108:56-64.

296 Vigna-Taglianti, F. D., Galanti, M. R., Burkhart, G., Caria, M. P., Vadrucchi, S., Faggiano, F., & Group, E. U.-D. S. (2014). «Unplugged», a European school-based program for substance use prevention among adolescents: overview of results from the EU-Dap trial. New Directions in Youth Development, 141, 67-82.

LES INTERVENTIONS SÉLECTIVES ET
INDIQUÉES À DESTINATIONS DES JEUNES
À RISQUES

Quelle que soit l'approche préventive adoptée auprès des jeunes à risque ou des jeunes déjà engagé-es dans une consommation nocive d'alcool, elle devra être guidée par un principe fondamental en intervention socio-sanitaire : éviter de nuire (*primum non nocere*). Il est en effet préférable de ne pas intervenir plutôt que de mal intervenir, d'où l'intérêt de programmer des interventions étayées scientifiquement et d'éviter d'agir dans la précipitation sous le coup d'une réaction émotionnelle (par exemple, en appliquant des sanctions lourdes envers des élèves ivres lors d'un voyage scolaire, avec l'espoir que cela puisse avoir un effet dissuasif). En outre, intervenir sélectivement en milieu scolaire auprès de jeunes ayant un usage excessif comporte deux risques qu'il convient de mesurer avant toute intervention²⁹⁷ : 1) risque d'étiquetage et de stigmatisation de l'élève identifié-e comme consommateur-ice excessif ; 2) risque d'aggravation du comportement par un mécanisme d'entraînement à la déviance²⁹⁸. Ce deuxième risque est élevé si l'intervention est insuffisamment structurée et si le jeune fait depuis peu partie d'un groupe où le comportement d'usage excessif remplit une fonction identitaire. Il convient donc de structurer les interventions avec soin en veillant à la plus grande confidentialité, tout en impliquant les élèves concerné-es par l'intervention

297 UNESCO, UNODC & OMS (2018). Op. Cit.
298 Ensemble des processus d'influence sociale qui facilitent les comportements déviants entre pairs. Pour un focus sur les notions de «normes» et de «déviance», voir chapitre 1.1.

CARACTÉRISTIQUES DES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION SÉLECTIVE ET INDIQUÉE
À DESTINATION DES JEUNES, EN FONCTION DU NIVEAU D'EFFICACITÉ ²⁹⁷

Interventions efficaces	Interventions inefficaces ou contre-productives
➢ Séance en face à face pour repérer un problème lié à la consommation ➢ Délivrance d'informations ou conseils, associée à un accompagnement visant à développer ou renforcer la motivation au changement ➢ Acquisition de compétences pour induire un changement de comportement ➢ Orientation vers d'autres structures si nécessaire ➢ Mise en œuvre par des professionnel·les formé·es	✗ Étiquetage et stigmatisation des jeunes en raison de processus de sélection et de participation ne garantissant pas discrétion et anonymat ✗ Activités insuffisamment structurées avec des jeunes nouvellement inscrit·es dans un groupe de pairs où la consommation excessive est valorisée

dans une démarche de collaboration non contraignante.

Les interventions de prévention sélective visent spécifiquement les jeunes qui présentent un ou plusieurs facteurs de risque prédéfinis et cherchent à les compenser ou à en réduire l'influence sur le comportement. Les interventions de prévention indiquée visent généralement à modifier les habitudes d'usage excessif en s'appuyant sur les principes de l'intervention brève³⁰⁰, particulièrement

299 UNODC (2013). Op. Cit. D'après UNESCO, UNODC & OMS (2018). Op. Cit.
300 L'intervention brève s'organise sur base d'un repérage préalable de pratiques de consommation à risque, étape qui sera suivie par la délivrance de conseils et la proposition d'objectifs atteignables. Les risques liés à l'usage excessif sont décrits, des stratégies de réduction de la consommation sont proposées et la motivation au changement est renforcée. L'objectif est d'enclencher des mécanismes de (auto)régulation de la consommation. Elle s'opère en quelques séances de plusieurs minutes et en l'absence de

appropriée lorsqu'aucune demande d'aide n'est formulée. Ces interventions peuvent être individuelles ou collectives (en petit groupe), ou combiner séances individuelles et collectives. Les interventions collectives devraient toutefois veiller à intégrer une dimension interactive et personnalisée sous peine de ne pas être efficaces³⁰¹. En cas d'intervention collective, il faut également être vigilant au risque d'entraînement à la déviance, inhérent au fait de rassembler des personnes qui ont un commun un même profil comportemental «déviant».

Les interventions sélectives et indiquées gagnent à intégrer un travail préalable sur

demande d'aide. Elle incorpore généralement une approche motivationnelle qui consiste à amener la personne à accepter l'idée de changer son mode de consommation.
301 Hennessy, E.A. & Tanner-Smith, E.E. (2015). Effectiveness of brief school-based interventions for adolescents: a meta-analysis of alcohol use prevention programs. *Prevention Science*, 16, 463-474.

les connaissances et les représentations sociales de l'usage (normes d'usage perçues, attentes par rapport aux effets, risques perçus...), en particulier si les jeunes n'ont pas pu bénéficier d'interventions de ce type par le passé. Il est aussi pertinent d'intégrer dans ces interventions des stratégies de réduction des risques afin de réduire l'impact de l'usage sur l'intégrité physique, psychologique et sociale des jeunes.

EXEMPLE DE BONNES PRATIQUES : LE PROGRAMME PREVENTURE

Ce programme a été mis au point au Canada et se base sur le principe des interventions brèves (180 minutes réparties en plusieurs séances). Il cible spécifiquement les élèves porteur-ses de certains traits de personnalité considérés comme à risque par rapport à l'usage d'alcool et de drogues illégales, à savoir l'impulsivité, la recherche de sensation, l'anxiété et la négativité. Les élèves présentant ces traits sont préalablement repéré-es à l'aide d'un questionnaire de criblage validé. On leur propose ensuite de participer à deux interventions brèves reposant sur les principes de l'entretien motivationnel et des thérapies cognitivo-comportementales, par petits groupes d'élèves rassemblés sur base du trait de personnalité partagé. La première séance vise à renforcer la motivation intrinsèque des élèves par rapport à la poursuite de leurs objectifs de vie et à les sensibiliser à l'impact possible de leur trait de personnalité sur leurs comportements et prises de risque. La séance se déroule de manière interactive sous forme d'exercices et de scénarios de vie permettant aux jeunes de prendre conscience des conséquences à court et à long termes de certains comportements, et d'apprendre à prendre conscience de l'impact du trait de personnalité sur leurs pensées, émotions et comportements. Lors de la deuxième séance, les élèves sont invité-es à identifier les distorsions cognitives propres à leur trait de personnalité et à développer des stratégies d'adaptation pour les atténuer ou en réduire l'impact. Par exemple, dans le groupe des élèves porteur du trait «négativité», l'accent est mis sur les cognitions négatives, et dans le groupe «recherche de sensation» sur la susceptibilité à l'ennui.

L'objectif du programme n'est pas de modifier la personnalité des jeunes mais d'en réduire l'impact sur les comportements à risque, en leur faisant prendre conscience que la gestion efficace des distorsions cognitives et des comportements à risque peut les rapprocher de leurs objectifs à long terme. Généralement, le programme est animé par des membres du personnel scolaire ayant bénéficié d'une formation spécifique. Ce programme a fait l'objet d'au moins huit publications d'essais randomisés contrôlés³⁰², qui mettent en évidence des effets bénéfiques à court et moyen termes (supérieurs à ceux obtenus par des programmes de prévention classiques) au niveau de différents indicateurs d'usage d'alcool (prévalence d'usage, *binge drinking*, problèmes liés à l'alcool) et d'autres substances psychoactives.

› Pour plus d'information : <http://co-venture.ca/>

.....
302 Voir Conrod, P.J. (2016). Personality-targeted interventions for substance use and misuse. *Current Addiction Reports*, 3, 426-436.

LES PROGRAMMES SCOLAIRES DE PRÉVENTION DE LA CONSOMMATION

Une option structurelle consiste à intégrer la prévention de l'usage de substances psychoactives au programme obligatoire de l'instruction publique. Même si cette stratégie est plus couteuse et lourde à mettre en œuvre, elle semble être la plus cohérente et est probablement plus efficace. Elle permet d'appréhender l'ensemble des comportements d'usage susceptibles d'impacter la santé des jeunes et des futur-es adultes, en les intégrant dans une approche plus globale de promotion des modes de vie sains. Ces matières peuvent être facilement articulées et intégrées à des cours déjà existants (biologie, morale,

philosophie et citoyenneté...) et dispensées de manière progressive tout au long de la scolarité, en adaptant la forme et le contenu à l'âge des enfants/adolescent-es, à leurs préoccupations et à leurs représentations. Ce type de programme favorise le développement de compétences et attitudes qui agiront durablement comme facteurs de protection par rapport à l'usage (et le mésusage) de substances psychoactives et aux risques associés. Il est souhaitable de structurer ces programmes en deux phases :

- Dans un premier temps, il conviendra de favoriser, avant l'âge de la première consommation, le développement de compétences psychosociales, dans une démarche d'éducation à la santé. Le

programme ne fera pas de référence spécifique aux substances psychoactives dans la mesure où il s'adressera à des enfants du niveau primaire. Ces compétences les protégeront ultérieurement de l'influence sociale et des facteurs stressants qui augmentent le risque de consommer ou de mésuser d'un produit à l'adolescence.

- Dans un second temps, le programme visera à développer les connaissances sur les produits (effets, dommages potentiels, risques associés...) et à façonner des représentations sociales objectives par rapport à ces derniers (via une déconstruction des stéréotypes, y compris de genre, et une rectification des

EXEMPLE DE BONNES PRATIQUES : LE PROGRAMME SCOLAIRE DE PREVENTION DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES EN UKRAINE³⁰¹

En Ukraine, depuis près de 20 ans, toutes les écoles sont chargées de dispenser aux jeunes de l'enseignement primaire et secondaire des programmes de prévention de la consommation de substances psychoactives. Ceux-ci sont directement intégrés à certaines disciplines obligatoires (biologie et initiation à la santé). Ils abordent les questions d'usage de substances psychoactives sous l'angle de la valorisation des modes de vie sains. Ils visent à promouvoir des attitudes saines en matière de santé et cherchent à développer les compétences psychosociales indispensables à la poursuite d'une vie saine. Les différents produits (alcool, tabac, drogues illégales, médicaments psychotropes) sont abordés successivement en fonction de l'âge des élèves, sous l'angle de leur influence sur le corps humain et celui des risques et conséquences sur la santé et sur le bien-être. Les compétences psychosociales nécessaires à la poursuite d'une vie saine sont également sollicitées et exercées sur un mode interactif. Le programme est proposé dans une démarche de promotion de la santé, en évitant l'intimidation et la diffusion de messages suscitant la peur.

Ce programme de prévention a bénéficié d'une première évaluation quelques années après son instauration. Celle-ci montre qu'entre 2004 et 2007, la prévalence de l'ivresse sur la vie a diminué de 26 % chez les élèves de 15-16 ans, et la prévalence de l'usage de tabac sur la vie a diminué de 10 % chez les garçons et de 2 % chez les filles. Les résultats de l'enquête ESPAD³⁰⁴ mettent également en évidence une diminution de la consommation de la plupart des substances psychoactives chez les jeunes ukrainien-nes entre 1995 et 2015, les niveaux de prévalence étant par ailleurs en dessous de la moyenne des pays participants à cette enquête.

- Pour plus d'information : <http://iite.unesco.org/pics/publications/en/files/3214742.pdf>

303 D'après UNESCO, UNODC & OMS (2018). Op. Cit.

304 Voir <http://espad.org/report/trends-1995-2015/country-specific-trends>

perceptions erronées). Cette deuxième phase leur sera proposée à l'âge où apparaissent les premières consommations. L'exercice des compétences psychosociales est également poursuivi sur un mode interactif (résistance à la pression du groupe, etc.).

LES QUALITÉS DES INTERVENANT-ES

L'efficacité d'un programme de prévention dépend à la fois de la qualité et de la structure du programme et des aptitudes de l'intervenant-e. Lors du recours à un programme évalué positivement, il est important que l'intervenant-e respecte les conditions prévues pour sa mise en œuvre et son exécution. Il semblerait pourtant que ce ne soit pas toujours le cas³⁰⁵, ce qui pourrait en partie expliquer le manque d'efficacité de certaines interventions. À l'inverse, un programme mis au point et évalué dans un contexte socio-culturel trop distinct de celui dans lequel il est ensuite utilisé peut s'avérer inefficace si certains ajustements ne sont pas effectués. Les ajustements doivent eux-mêmes faire l'objet d'un consensus et d'une évaluation et ne pas être laissés à la libre appréciation de chaque intervenant-e, afin de garantir l'adéquation de l'adaptation du programme.

La formation et l'encadrement de l'animateur-riche sont indispensables à la mise en œuvre d'une intervention efficace. L'animateur-riche devra faire preuve

d'une capacité à faciliter l'acquisition de compétences et à promouvoir l'interactivité de manière à susciter la participation active des jeunes. Il-elle devra également faire preuve des habiletés suivantes (OMS, 2003, cité par UNESCO/UNODC/OMS, 2018) :

- › assurer successivement plusieurs rôles, en fonction du déroulement et des besoins de l'animation (soutien, orientation ou direction du groupe)
- › guider le groupe sans le dominer
- › respect des adolescent-es, de leur liberté de choix et de leur autodétermination
- › cordialité, compréhension et enthousiasme
- › capacité à aborder des questions sensibles

Les programmes de prévention par les pairs (d'autres jeunes directement concernés par la consommation d'alcool) sont relativement rares en milieu scolaire, mais ils semblent efficaces³⁰⁶. Globalement, ils semblent donner des résultats comparables à des programmes de prévention faisant intervenir des adultes³⁰⁷ mais ils ne sont pas systématiquement efficaces voire peuvent parfois être contre-productifs³⁰⁸ en fonction de leurs caractéristiques³⁰⁹. Enfin, comme nous l'avons déjà souligné,

il est plus efficace et judicieux de former les intervenant-es scolaires à intervenir durablement auprès des élèves plutôt que de faire ponctuellement appel à des intervenant-es externes.

.....
305 Ennett, S.T., Haws, S., Ringwalt, C.L., Vincus, A.A., Hanley, S., Bowling, J.M. & Rohrbach, L.A. (2011). Evidence-based practice in school substance use prevention: Fidelity of implementation under real-world conditions. *Health Education Research*, 26, 361-371.

.....
306 MacArthur, G.J., Harrison, S., Caldwell, D.M., Hickman, M. & Campbell, R. (2016). Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11-21 years: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 111, 391-407.

307 Cuijpers (2002) Op. Cit.

308 Gillaizeau, I. (2019). Évaluation d'un programme de prévention par les pairs des consommations de substances psychoactives. Projet évalué en 2016-2017 par santé publique France. Saint-Maurice : Santé publique France.

309 Voir les recommandations proposées dans l'encart consacré à la prévention par les pairs chapitre 4.5.

QUELQUES RESSOURCES UTILES POUR LES INTERVENANT-ES

Les acteurs scolaires peuvent s'adresser aux points d'appui assuétudes pour bénéficier d'un éclairage et d'une mise en contact avec l'offre de prévention en Belgique francophone. Différents outils ou supports ont également été développés de manière à servir de support à l'animation, à l'acquisition de connaissances et au développement d'une réflexion critique sur l'usage d'alcool et la place qui lui est donnée dans notre société. Nous en présentons brièvement quelques-uns, mais le lecteur ou la lectrice intéressé-e en trouvera davantage sur le site de PIPSA ainsi que sur le site de l'asbl NADJA :

- Les **capsules vidéo** du réseau Jeunes, Alcool & Société visent à interpeller les jeunes (et les adultes) sur différentes problématiques liées à la consommation d'alcool (distribution, loi, publicité, coûts sociétaux et prévention).
<https://www.jeunesetalcool.be/5-capsules-videos-informatives-et-critiques-pour-rappeler-nos-positions/>
- Le court métrage «**À contre pieds**» a également été réalisé par le réseau Jeunes, Alcool & Société afin de donner la parole aux jeunes sur une série de questions en lien avec leur quotidien (alcool, plaisir, fête, risques, conformisme, problèmes de communication avec les adultes,...). Il est essentiellement destiné aux adultes (éducateur-rices, animateur-rices, enseignant-es...) et vise à susciter la réflexion et la discussion afin de dépasser les représentations stéréotypées que les adultes peuvent entretenir à propos des jeunes.
<https://www.jeunesetalcool.be/a-contre-pied/>

- Les capsules d'Infor-Drogues «**L'alcool c'est la fête**» et «**L'alcool c'est moi**» montrent sur base d'extraits télévisuels et publicitaires à quel point la télévision distille au quotidien une image de l'alcool exagérément positive.
<https://infordrogues.be/alcool-fete-et-alcool-moi/>
- La boîte à outils «**Les jeunes savent pourquoi**» proposée par l'asbl Univers Santé³¹⁰ est composée de six modules proposant des jeux et animations (posters interactifs, jeu de l'oie, jeu de rôle...) permettant d'aborder une large série de questions relatives à la consommation d'alcool et à la place qu'elle prend dans notre société (Comment réagir face aux publicités souvent envahissantes ? C'est quoi pour moi une soirée réussie ? Qu'est-ce qui motive mes choix et influence ma consommation ? Lorsque je fais la fête, est-ce que je prends des risques ? Si oui, comment puis-je les réduire ?...). L'objectif est de susciter une prise de conscience des déterminants de la consommation (d'alcool mais aussi d'autres produits de consommation) et des avantages et inconvénients qui y sont liés. Ces outils ont été conçus pour pouvoir être utilisés à la fois par des professionnel·les de l'éducation et par le grand public (familles, mouvements de jeunesse, bandes de copain·ines...). Chaque module peut être téléchargé et utilisé isolément.
<https://lesjeunesaventpourquoi.be/>

- La brochure «**Alcool et autres drogues : le vrai et le faux**» réalisée par l'asbl IDA propose un quizz permettant de déconstruire succinctement plusieurs idées reçues sur l'alcool et d'autres drogues. Il s'agit d'un support visant à susciter le dialogue avec les jeunes (et les moins jeunes).
<https://www.jeunesetalcool.be/alcool-et-autres-drogues-le-vrai-et-le-faux/>
- L'**effectomètre** est une brochure développée par les asbl Univers Santé et IDA, qui vise à responsabiliser les jeunes et les moins jeunes par rapport à leur consommation festive d'alcool, en s'appuyant sur les coûts-bénéfices des différents stades d'alcoolisation.
<https://www.univers-sante.be/comment-reussir-sa-soiree/>
- Le **Kottabos**³¹¹ est un jeu d'animation par l'expérimentation développé par l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie Hauts-de-France (ANPAA 59), qui propose de sensibiliser les jeunes aux mécanismes fondamentaux impliqués dans les pratiques de consommation d'alcool (équilibre, facteurs de risque, facteurs de protection...). Cet outil vise aussi à développer la connaissance des processus impliqués dans l'imprégnation alcoolique et la prise de conscience des risques immédiats associés. Il cherche aussi à développer des compétences en matière de consommation responsable et à moindre

.....
³¹¹ Une version Kottabos 2 a également été développée plus récemment. Celle-ci ne se focalise plus spécifiquement sur l'alcool mais poursuit la même logique d'acquisition de capacités de réflexion et de compréhension des pratiques d'usage.

.....
³¹⁰ En collaboration avec la Fédération des Centres de Jeunes en Milieu Populaire, Média-animation asbl et le réseau Jeunes, Alcool & Société.

risque pour l'individu, sa santé et sa sécurité ainsi que pour celles des autres et de la société. Enfin, il cherche à promouvoir l'adoption d'une attitude compréhensive et réflexive par rapport à l'alcool.

<https://www.anpaa-hdf.fr/page-46-30-0.html>

- Le kit pédagogique «**En mille morceaux**» est le fruit d'une collaboration entre Infor-Drogues et l'écrivain Nicolas Ancion. Il propose, sur base d'un roman à destination des jeunes de 15-18 ans, d'un site internet interactif et d'un dossier pédagogique à destination des enseignant-es, d'amener les jeunes à poser une réflexion sur les consommations au départ d'une fiction contemporaine.
<https://enmillemorceaux.be/#/info>
- La série «**les jeunes et l'alcool**» proposée par l'association Addiction Suisse est un outil pédagogique composé de plusieurs cahiers destinés aux enseignant-es de degré secondaire amenés à aborder ces thèmes avec les élèves. Chaque cahier se compose d'une partie théorique qui rassemble les principales informations objectives, et d'une seconde qui propose des suggestions d'animation et des fiches de travail³¹².
<http://www.pipsa.be/outils/detail-972396138/l-alcool-dans-notre-societe-hier-et-aujourd-hui.html>

- L'outil «**Histoire de conso**» développé par un organisme de prévention français (CRIPS Ile-de-France) se présente sous forme de jeu invitant individuellement ou collectivement les jeunes à imaginer des scénarios de consommation d'alcool à l'aide de supports aimantés symbolisant des facteurs personnels et contextuels (genre, humeur, type de boissons consommées et quantité, contexte de consommation...). Les jeunes doivent ensuite s'exprimer sur divers éléments de cette histoire (est-elle réaliste ? quel est le ressenti du/de la protagoniste et pourquoi ? quel serait l'impact de telle modification de facteurs ?...). L'animateur-ice invite ensuite les participant-es à se questionner sur les points suivants : la notion de verre standard, les idées reçues sur l'alcool, l'influence du groupe, les opportunités de consommation, les motivations à consommer... Cet outil vise à développer les connaissances sur l'alcool, à faire prendre conscience des facteurs qui peuvent influencer la consommation, et à développer quelques stratégies de réduction des risques.
<https://www.lecrips-idf.net/miscellaneous/animatheque-histoire-conso.htm>

- L'outil «**l'échiquier**» est un support d'animation sur les dépendances et le bien-être mis au point par Prospective Jeunesse. Il permet aux adultes-relais de créer un dialogue autour de la notion d'équilibre et d'usage problématique, en partant des motivations et dans une perspective de promotion de la santé. Il peut être utilisé en groupe ou de manière individuelle.
<https://prospective-jeunesse.be/formation/lechiquier-un-outil-danimation-pour-parler-de-dependances-et-de-bien-etre/>

POUR EN SAVOIR PLUS

Bantuelle, M. & Demeulemeester, R. (2008). *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Référentiel de bonnes pratiques*. Réseau francophone international de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité. Paris : Inpes★

Benech, G. & Basset, B. (2019). *Les ados et l'alcool. Comprendre et agir*. Rennes : Presses de l'EHESP.

Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addictive Behaviors*, 17, 1009-2023.

UNESCO, UNODC & OMS (2018). *Politiques rationnelles et bonnes pratiques en matière d'éducation à la santé. Brochure 10. Réponses du secteur de l'éducation à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues*. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime et Organisation mondiale de la Santé.★

312 Cahier 1 : L'alcool dans notre société - hier et aujourd'hui ; Cahier 2 : L'alcool dans le corps - effet et élimination ; Cahier 3 : Alcool et circulation routière : connaître les risques et adapter les comportements ; Cahier 4 : Alcool et ivresse: entre risques et plaisir ; Cahier 5 : Alcool et publicité: de l'incitation à la consommation.

PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU FAMILIAL

Relecture : Nadia Bouazzouni
(Trempline asbl)

PRÉVENIR LA CONSOMMATION DES JEUNES PERSONNES

Les adultes en charge de l'éducation des enfants et adolescent-es, avec en première ligne les parents et la famille proche, leur transmettent de nombreuses pratiques et représentations, et ce, de manière explicite et implicite, intentionnelle et involontaire. Le rapport à l'alcool, à sa symbolique et à sa consommation en fait évidemment partie³¹³.

Une étude anglaise menée auprès de parents et d'enfants de 5 à 12 ans montre que, selon les représentations des parents en matière de normes sociales relatives à l'alcool, les enfants ne devraient en général pas être initiés à l'alcool à la maison avant la moitié de l'adolescence et qu'ils ne devraient pas être autorisés à boire dans l'espace public avant l'âge adulte. Pourtant, ils sont très nombreux à initier leurs enfants à l'alcool avant cet âge. Ce décalage semble s'expliquer par une volonté générale des

adultes d'inculquer une consommation responsable et modérée, d'apprendre les plaisirs liés à la consommation d'alcool, mais également les risques à leurs enfants, en privilégiant l'initiation parentale³¹⁴. Les parents disent faire de leur mieux pour développer, chez leurs enfants, les compétences et qualités qui participent à prendre des choix éclairés en matière d'alcool dès lors qu'ils-elles ne seront plus sous la supervision familiale (confiance en soi, respect de soi, etc.). Les parents limitent souvent leur consommation d'alcool en dehors de la maison familiale, et associent la consommation d'alcool à un plaisir, voire une récompense (après un effort, une journée de travail, etc.), à la gestion du stress, à l'hospitalité et à la convivialité, ce qui n'échappe évidemment pas aux plus jeunes. Les discours et pratiques des parents, qu'ils soient cohérents ou contradictoires, forgent la perception qu'ont les enfants et adolescent-es de l'alcool et ses effets. L'étude constate que les connaissances des plus jeunes sont toutefois lacunaires. En effet, si les parents insistent sur les conséquences sociales (négatives) de la consommation d'alcool, ils-elles ne font que trop peu référence aux conséquences sanitaires. Ceci s'explique notamment par le fait que les risques sanitaires font peu écho au vécu de la majorité des adultes. De plus, le focus sur la consommation «à domicile» fait l'impasse sur les autres lieux et contextes de consommation auxquels les jeunes personnes seront confrontées tôt ou tard. Il porte également l'idée que la consommation à la maison est sans risque. Il est important de noter que tous

les enfants et adolescent-es ne bénéficient pas du même soutien familial décrit dans l'études : certain-es sont surexposés-es à la consommation problématique d'alcool, d'autres surprotégés-es ou non-informés-es au sujet de l'alcool, pour des raisons morales, culturelles ou religieuses.

Recommandations

Les enjeux autour de la sensibilisation et de l'éducation des plus jeunes sont multiples. Il s'agit de les préparer à adopter une consommation responsable, de prévenir les risques et dommages liés à la consommation et le développement de toute consommation problématique à l'âge adulte. La consommation d'alcool à un jeune âge (ou même après 15 ans) peut endommager la santé et le développement normal des fonctions et organes vitaux, y compris le cerveau, le foie, les os et les hormones. Consommer de l'alcool avant 14 ans est associé à de plus grands risques sanitaires, dont les blessures, les bagarres, les pensées suicidaires et les tentatives de suicide.

Le ministère de la santé publique du Royaume-Uni a publié une série de recommandations concernant la consommation d'alcool des plus jeunes, à l'attention des parents :

- Il est recommandé que les personnes mineures ne consomment pas d'alcool. Si toutefois elles consomment, il est préférable d'attendre au moins l'âge de 15 ans ;
- Si des jeunes personnes de 15 à 17 ans consomment de l'alcool, cela devrait toujours se faire sous la supervision d'un parent ou dans un environnement encadré ;

313 Nous utiliserons dans ce chapitre le terme «parent» dans un sens large, comprenant les adultes responsables d'éduquer et prendre soin des enfants mineurs (parents, grands-parents, gardien-ne-s légaux).

314 Valentine G., Jayne M., Gould M., Keenan J. (2010). Family life and alcohol consumption: A study of the transmission of drinking practices. Joseph Rowntree Foundation.

- Adultes et jeunes personnes doivent avoir conscience que boire de l'alcool est dangereux pour la santé. Si des jeunes de 15 à 17 ans consomment, leur consommation doit être occasionnelle ou au moins ne pas dépasser la fréquence d'une fois par semaine. Elle doit également rester en dessous des limites recommandées pour les adultes³¹⁵ ;
- Les parents, les adultes responsables de l'éducation des plus jeunes et les professionnel·les en contact avec les familles devraient être sensibilisé·es au rôle de modèle et de ressources éducatives que les parents jouent dans le rapport à l'alcool et recevoir des conseils pour répondre à l'usage et mésusage d'alcool chez les jeunes ;
- Les services d'accompagnement et d'aide devraient être proposés et accessibles aux enfants et jeunes personnes ayant des problèmes liés à l'alcool et à leurs parents³¹⁶.

Stratégies efficaces et bonnes pratiques

Une grande partie des bonnes pratiques relatives à la prévention en milieu familial porte sur le développement ou le renforcement de la relation parents-enfants et de leurs compétences psychosociales respectives (autorégulation, confiance en soi, adaptation, gestion des émotions, gestion du stress, communication, discipline, etc.). Les compétences psychosociales travaillées, la nature des problématiques liées à la consommation d'alcool et la manière de les aborder dépendent évidemment de l'âge

des enfants, du style parental et de la culture familiale.

Adapter un programme aux pratiques et traditions culturelles des jeunes et de leur famille peut améliorer le recrutement, la rétention et parfois même l'efficacité globale du dispositif³¹⁷. La culture familiale englobe les origines ethniques, la classe socioéconomique, le milieu de vie (urbain ou rural), l'appartenance et/ou la pratique d'une religion, le niveau d'étude, et, pour les familles ayant récemment immigré, le degré d'acculturation^{318,319}.

Les dispositifs de prévention visent essentiellement à affaiblir ou contrer les facteurs de risque (désinvestissement des parents, lien affectif faible, etc.), et à créer ou renforcer les facteurs de protection (bonne communication, lien affectif fort, etc.). S'il existe différents styles parentaux, il est largement recommandé d'allier et combiner de hauts niveaux de discipline et supervision, d'une part, et de réceptivité et chaleur humaine, d'autre part. Il s'agit avant tout d'équiper les plus

jeunes de compétences en résolution de problèmes et expression des émotions, qui les protègent des traumatismes ou inadaptations psychologiques précédant souvent le mésusage d'alcool. Il est donc central d'établir et entretenir une bonne communication entre les parents et les enfants, quel que soit leur âge. La recherche suggère globalement que les attitudes parentales permissives envers les adolescent·es qui consomment de l'alcool, en particulier lorsque combinées à une mauvaise communication et des figures adultes négatives, peuvent participer au développement d'une relation problématique à l'alcool³²⁰.

315 C'est-à-dire, dans ce cas-ci, moins de 3-4 verres standard pour les hommes, 2-3 pour les femmes par jour.

316 Sir Donaldson L. (2009). Guidance on the Consumption of Alcohol by Children and Young People. Department of Health, United Kingdom.

317 O'Connor, C., Small, S. A., & Cooney, S. M. (2007). Culturally appropriate prevention programming: What do we know about evidence-based programs for culturally and ethnically diverse youth and their families? (What works, Wisconsin research to practice series, 1). Madison: University of Wisconsin-Madison/Extension.

318 Le concept d'acculturation désigne le processus au cours duquel une personne ou un groupe adoptent tout ou partie des pratiques et représentations qui composent la culture d'un groupe plus large avec lequel la personne ou le groupe sont en contact prolongé. Les processus d'acculturation sont malheureusement souvent déséquilibrés et traduisent des rapports de domination d'un groupe sur l'autre.

319 Small S. & Huser M. (2016). Family-based prevention programs, in R.J.R. Levesque (ed.), *Encyclopedia of Adolescence*.

320 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2017). Parenting to prevent childhood alcohol use. URL: <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/parenting-prevent-childhood-alcohol-use>

BONNES PRATIQUES PARENTALES EN MATIÈRE D'ALCOOL³¹⁹

- › Instaurer un dialogue avec les enfants et adolescent-es, approprié à leur âge
- › Discuter des dangers et conséquences sociosanitaires liés à la consommation d'alcool
- › Exprimer son opinion et ses attentes quant à la consommation d'alcool chez les jeunes
- › Montrer l'exemple en matière de consommation responsable
- › Éviter d'être saoul-e ou de pratiquer le *binge drinking* en présence des plus jeunes
- › Créer une relation parent-enfant positive et un lien affectif
- › Suivre et superviser les activités, les déplacements et les fréquentations des enfants
- › S'investir dans leurs activités quotidiennes
- › Être attentif-ve à la manière dont ils-elles dépensent leur argent de poche
- › Veiller à retarder l'âge d'initiation et de consommation
- › Respecter les quantités limites quotidiennes et hebdomadaires recommandées pour une consommation à moindre risque
- › Instaurer des règles claires et cohérentes et une discipline modérée
- › Communiquer avec les autres parents des règles mises en place au sein de la famille
- › Contrôler si de l'alcool est consommé sans l'autorisation des parents au domicile
- › Veiller à ce que la consommation d'alcool se fasse à la connaissance des parents et sous leur supervision
- › Collaborer avec d'autres parents afin de savoir où les enfants se retrouvent et quelles sont leurs activités
- › Se renseigner au sujet des lois en vigueur
- › Ne pas offrir de l'alcool à l'enfant d'une autre personne

.....
³²¹ Robertson E. B., David S. L., and Rao S. A. (2003). Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide for parents, educators, and community leaders. U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Health; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2017). Op. Cit.

BONNES PRATIQUES D'INTERVENTION AUPRÈS DES FAMILLES³²⁰

Jeunes de moins de 10 ans

- › Prévenir les problèmes comportementaux qui peuvent précéder une consommation d'alcool précoce (par ex. l'agressivité, les troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité)
- › Construire une relation parent-enfant saine
- › Réduire les comportements agressifs
- › Renforcer les compétences sociales et cognitives des enfants
- › Travailler en collaboration avec l'ensemble des adultes responsables de l'éducation des enfants (parents, école, famille, professionnel-les de la santé, gardien-ne)

Pré-adolescent-es et adolescent-es

- › Intégrer éducation et information à l'alcool dans les programmes scolaires (en collaboration avec les parents d'élèves)
- › Mener des interventions afin de prévenir l'initiation à l'alcool et ses conséquences négatives
- › Soutenir les jeunes personnes ayant des problèmes liés à l'alcool
- › Mettre en place des alternatives à la consommation d'alcool chez les jeunes, les rendre accessibles et abordables (activités sportives, socioculturelles, etc.)
- › Travailler en collaboration avec l'ensemble des adultes responsables de l'éducation des enfants

Parents et gardien-nes légaux

- › Renforcer leurs compétences parentales (soutien, communication, investissement)
- › Renforcer les liens familiaux
- › Former à instaurer des règles, à monitorer les activités des enfants, à encourager les comportements appropriés et à maintenir une discipline modérée et cohérente
- › Informer et former les parents en matière d'usage d'alcool et ses conséquences
- › Développer, discuter et renforcer les politiques et règles familiales en matière d'usage d'alcool et autres drogues
- › Fournir des conseils pratiques pour parler des conséquences liées à l'alcool et de l'importance d'établir des règles à leurs enfants
- › Conseiller et soutenir les parents et les familles afin d'encourager la non-consommation d'alcool jusqu'au moins l'âge de 15 ans
- › Promouvoir la consommation à moindre risque et les outiller en conséquences
- › Mener des interventions brèves universelles à destination des familles
- › Mettre en place un soutien ciblé pour les familles et communautés faisant face à des difficultés supplémentaires

.....
³²² Robertson E. B., David S. L., and Rao S. A. (2003). Op.Cit.; Spoth, R. L., Schainker, L. L., & Hiller-Sturmhöefel, S. (2011). Translating family-focused prevention science into public health impact. *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 34(2), 188-203.; Sir Donaldson L. (2009). Op. Cit.

Plusieurs programmes prometteurs issus des États-Unis ont fait l'objet d'évaluations positives, dont³²³ :

- *Nurse family partnership programme* : Le programme propose aux femmes mères pour la première fois et ayant des revenus faibles la visite à domicile d'infirmier-es de santé publique. Les infirmier-es travaillent intensément auprès des (futurs) mères afin d'améliorer la santé et le bien-être de celles-ci et de l'enfant à naître à moyen et long terme. Les interventions sont aussi à destination des futurs pères et visent à développer une relation thérapeutique avec la famille. Le programme entend améliorer cinq domaines du fonctionnement familial : la santé physique et mentale, l'environnement domestique et la vie au sein du quartier, le soutien familial et des ami-es, les rôles parentaux, et les événements majeurs de la vie (grossesse, éducation, emploi, etc.) ;
- *Strengthening Families Program* : Le programme s'adresse aux enfants de 6 à 12 ans et leurs parents ; il vise à améliorer la résilience et à réduire les facteurs de risque liés aux problèmes comportementaux, émotionnels, scolaires et sociaux. Il participe à l'édification de facteurs de protection en améliorant les relations familiales, les compétences parentales et les

compétences psychosociales des jeunes (communication, discipline, etc.)³²⁴.

OUTILS À DESTINATION DES PARENTS

- Make a Difference - Talk to your child about alcohol (en anglais) : https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/MakeADiff_4.pdf
- How to talk to your child about alcohol (en anglais) : <https://www.drinkaware.co.uk/advice/underage-drinking/how-to-talk-about-alcohol/>
- L'essentiel des meilleures pratiques parentales en prévention de la toxicomanie chez les adolescents (en français québécois) : <http://www.apte.ca/parents/>

ACCOMPAGNER LES FAMILLES DONT UN MEMBRE A UNE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE

Il est difficile d'estimer combien de personnes sont touchées par la consommation problématique d'un proche, notamment parce qu'il s'agit d'un sujet stigmatisé et stigmatisant, et donc bien souvent caché et tenu secret. Au Royaume-Uni, une étude estime que 17 % de la population est concernée et qu'entre 8 et 12 % des enfants sont affectés par la consommation de leurs parents³²⁵. De fait, même sans statistique précise, il est certain

qu'un nombre substantiel de personnes sont affectées par la consommation d'un proche et ne reçoivent que trop peu de soutien.

Le fait qu'un-e proche présente un usage problématique d'alcool peut avoir de lourdes conséquences sur la vie affective et émotionnelle de la famille, ainsi que sur la gestion de la vie quotidienne. Les parents ayant une consommation problématique peuvent connaître des difficultés de nature diverse :

- Difficultés à organiser leur vie et celle de leurs enfants
- Être incapable de répondre aux besoins de base de leurs enfants et d'instaurer un sentiment de sécurité
- Être émotionnellement indisponible
- Faire passer leurs propres besoins et émotions en premier
- Avoir des difficultés à contrôler et discipliner leurs enfants
- Finir par être détaché-e de la réalité
- Dépenser l'argent du ménage dans l'achat de substances psychoactives plutôt que pour satisfaire les besoins de base de la famille
- Être impliqué-e dans des activités criminelles
- Manque d'empathie et difficultés à créer un lien affectif avec les nouveau-nés et les enfants
- Sauts d'humeur imprévisibles ou spectaculaires
- Tendance à impliquer les enfants dans des relations ou situations qui peuvent les mettre en danger
- Normalisation de la consommation (abusives) d'alcool
- Manque d'intimité ou d'un environnement sain

323 Pour un répertoire des programmes évalués comme efficaces, voir : <https://www.alcoholproblemsandsolutions.org/Controversies/20070111184521.html> et <https://www.joe.org/joe/2012august/a8.php>. Il faut cependant préciser que nombre de ces programmes et formations sont payants, ce qui peut constituer un frein pour leur diffusion.

324 Voir <https://strengtheningfamiliesprogram.org/spf7-17.html>

325 Velleman R. et Templeton L. (2005). Alcohol use and misuse, in Ewles L. (ed.) *Key Topics in Public Health*. Oxford: Elsevier.

L'usage problématique d'un parent peut avoir de lourdes conséquences sur les enfants, et ce, tout au long de sa vie. Celles-ci diffèrent selon l'âge de l'enfant et le stade de développement dans lequel il se trouve, ainsi que sa personnalité et sa résilience. Les principaux effets comprennent :

- › Retard du développement, y compris le syndrome d'alcoolisation fœtale
- › Négligences et autres formes de maltraitance ; haut taux d'accidents domestiques, probablement dus au manque de supervision parentale ; rendez-vous médicaux manqués
- › Troubles de l'attachement et problèmes comportementaux
- › Être laissé seul-e à la maison ou sous la supervision d'une personne inapte
- › Problèmes émotionnels (pleurer sans raison, un sentiment de colère inexplicable, etc.)
- › Difficultés scolaires (absentéisme, baisse des résultats, faible concentration, etc.)
- › Réticence à présenter sa famille à des personnes extérieures, isolation sociale, n'invite pas d'amis-e à la maison
- › Renversement et confusion des rôles (protéger les autres, agir comme médiateur-riche et/ou confident-e, prendre le rôle d'adulte, parentalisation)
- › Peur et anxiété extrêmes, peur de l'hostilité, violence
- › Comportement délinquant
- › Usage précoce d'alcool et/ou d'autres drogues et minimisation des risques associés ; ou au contraire une forte aversion vis-à-vis de l'alcool et autres drogues
- › Automutilation, comportement suicidaire
- › Sentiment de dépression mélancolique, dévalorisation, isolation, honte, détresse, faible estime de soi, faible confiance en soi, sentiment d'impuissance

- › Éclatement de la famille (changement d'école, conflits relationnels, violence familiale).

Les enfants contraints à la parentalisation, en particulier, sont susceptibles d'expérimenter un certain nombre de difficultés, notamment : isolement social, stress, faible assiduité scolaire, difficultés scolaires, développement perturbé de leur personnalité et potentiel, faible estime de soi, négligence affective et physique, conflit entre leur loyauté envers leur famille et leur souhait de voir leurs besoins satisfaits³²⁶.

OUTILS À L'ATTENTION DES PROFESSIONNEL·LES
› Cambridgeshire Drugs and Alcohol Team (2012). Safeguarding Children with Drug & Alcohol Misusing Parents. Practice Guidance for agencies★
› Addiction Suisse (2014). Aide et soutien aux enfants de parents dépendants : principes et possibilités d'interventions. Guide pour les professionnel-le-s du domaine social, des soins médicaux, de l'enseignement et des crèches. Suisse : Lausanne★
› Addiction Suisse (2006). Genre masculin et dépendances : données de base et recommandations. Suisse : Lausanne★

OUTILS ET DISPOSITIFS À L'ATTENTION DES ADULTES ET DES ENFANTS
› Ligne téléphonique 103 («écoute enfants», anonyme et gratuite 7j/7 de 10h à minuit)
› Les histoires de Bobby : site internet et histoires du chien Bobby, à destination des enfants de 4 à 8 ans (boby.addictionsuisse.ch/)
› Brochure «Enfant dans une famille alcoolique», Addiction Suisse★
› Brochure «Parent avant tout», Addiction Suisse★
› Brochure «Alcoolisme : les proches aussi sont touchés», Addiction Suisse★
› Brochure «Vivre avec une femme alcoolique/Vivre avec un homme alcoolique», Addiction Suisse★

.....
³²⁶ Safeguarding Children Board (2016). Best practice Guidance When Parents are Using Drugs/Alcohol: Working Together with Parents and Children. United Kingdom.

BONNES PRATIQUES D'INTERVENTION AUPRÈS DES FAMILLES DONT UN MEMBRE A UNE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL

- › Être attentif-ve aux enfants vivant au sein d'une famille affectée par la consommation problématique d'alcool ; ils-elles ne sont pas assez souvent rencontré-es, observé-es, écouté-es, et peuvent souffrir de négligence affective et physique, voire de mauvais traitements
- › Utiliser des outils d'évaluation des risques et de screening adaptés, notamment SCODA³²⁷
- › Inclure la famille au sens large ; elle peut en effet apporter un soutien logistique, affectif et moral, et participer à l'élaboration d'un diagnostic
- › Éditer des guides à l'attention des professionnel·les en contact avec les usager-es problématiques, les familles à risque et les services liés à la protection de l'enfance
- › Éditer des brochures et guides parlant de la vie familiale, du couple et de la relation parent-enfant à destination des personnes ayant une consommation problématique
- › Éditer des brochures et guides parlant de la vie familiale, du couple et de la relation parent-enfant à destination des personnes vivant avec un proche ayant une consommation problématique (pour tous les âges)
- › Soutenir les usager-es problématiques et leur partenaire dans leur rôle de parents
- › Déconstruire les stéréotypes de genre et la répartition des rôles genrés (par exemple : «les hommes ne doivent pas montrer leurs émotions et être forts en toute circonstance», «boire c'est viril», «les femmes doivent s'occuper d'abord des autres»)
- › Tenir un discours déculpabilisant et empathique vis-à-vis des proches (adultes et enfants)
- › Faciliter l'accès aux services
- › Créer des programmes inclusifs et socioculturellement adaptés
- › Mettre en place une ligne téléphonique anonyme et gratuite
- › Créer des forums et sites internet à destination des enfants, adaptés à leur âge

327 L'outil est disponible à l'adresse suivante (en anglais) : <https://www.cafcass.gov.uk/download/6645/>

Faciliter l'accès aux services de prévention et d'accompagnement

Compte tenu du caractère stigmatisant d'une consommation problématique d'alcool, il est souvent difficile pour les proches de prendre contact avec les services d'aide dont ils-elles auraient besoin. Certaines familles connaissent des difficultés additionnelles dues à des traditions socioculturelles ou religieuses, ou à des normes, des préjugés et des stéréotypes sociétaux. Il est donc nécessaire de prendre conscience des obstacles qui freinent l'accès aux informations et services, et de proposer des dispositifs variés, adaptés aux besoins de groupes et communautés spécifiques, sous-représentés au sein des services de soutien aux familles (c'est-à-dire les personnes issues de communautés culturelles, ethniques ou religieuses minoritaires, les personnes LGBTQI+³²⁸, les communautés rurales³²⁹ et les hommes³³⁰).

328 Lesbiennes, gays, bisexuel·les, trans*, queer ou en questionnement, intersexes ; le «+» signifie que toutes les personnes ou communautés non-hétéronormées ou non-cisgenres sont incluses.

329 De nombreuses familles vivant en milieu rural sont souvent confrontées à l'isolement, à la peur du jugement de leur communauté et au manque de services faciles d'accès et discrets.

330 Les hommes sont sous-représentés dans les services de soutien aux familles. Dans les services de traitement, en revanche, ce sont les femmes qui sont sous-représentées.

En général

- Intégrer la question de la diversité et de l'inclusion dès le début des procédures de création de services ou d'outils
- Former les intervenant-es en vue de développer leur compréhension et conscience des besoins spécifiques
- Avoir une politique intérieure claire en matière de diversité, notamment en matière de harcèlement, d'intimidation et de discrimination
- Se détacher des présomptions ou préjugés sur l'une ou l'autre communauté ; ne pas considérer les communautés comme homogènes
- Consulter et impliquer les communautés, afin de mieux les connaître et sonder ce que leurs membres pensent être le mieux pour eux
- Adapter les moyens de communication et de promotion du service
- Construire des partenariats avec d'autres services ou associations qui travaillent avec les communautés et publics spécifiques (notamment afin de mieux les atteindre et accompagner, et de les orienter vers les services adaptés)
- Développer des outils de communication inclusifs (images et mots utilisés, lieux et moyens de diffusion)
- Assurer et communiquer sur la confidentialité des services
- Penser et adapter la localisation, les heures d'ouverture et le type de services ; par exemple, la discrétion de la devanture, les services de garde des enfants, proximité des transports en commun, la prise en compte que tout le monde n'est pas alphabétisé ni n'a accès à internet
- Mettre en place un environnement accueillant ; par exemple avec des salles d'attente propres et chaleureuses, des publications et posters pertinents pour les communautés et personnes visées
- Monitorer la fréquentation des services afin de développer des stratégies de réduction des obstacles, inégalités et discriminations

Minorités ethnoculturelles ou religieuses (voir chapitre 4.12)

- Si la volonté du service est d'atteindre une communauté spécifique, engager une personne issue de la communauté en question peut être un avantage : en plus des compétences linguistiques, elle peut être porteuse de compétences culturelles et amener des perspectives intéressantes pour le développement du service
- Traduire les supports de communication et adapter les services à la barrière linguistique au cas par cas (préférer les entretiens individuels aux groupes de parole, par exemple ; en effet, une personne ne maîtrisant pas la langue principale utilisée par le groupe peut avoir des difficultés à suivre la conversation et/ou à prendre la parole)

Communautés rurales

- Assurer la confidentialité : par peur d'être reconnues et stigmatisées, certaines personnes préfèrent ne pas participer à des groupes de paroles ou utiliser des services visibles près de leur lieu de vie ; cela peut être contourné en ayant recours à des devantures neutres ou en partageant des locaux avec des lieux neutres (comme une bibliothèque, par exemple) ; ou encore en excluant les mots liés à la consommation d'alcool des outils de communication
- Faciliter l'accès en choisissant des lieux proches de transport en commun et/ou en adaptant les horaires à ceux des transports en commun ; les services qui peuvent se le permettre peuvent proposer de rembourser les voyages en train ou en bus
- Mettre en place une ligne téléphonique et/ou de l'aide en ligne
- Organiser un service mobile (par exemple avec un minibus ou une caravane)
- S'assurer d'avoir les ressources suffisantes pour des visites à domicile ou du soutien par téléphone
- Créer des partenariats avec des réseaux ou groupes sans lien avec la consommation d'alcool et autres drogues, qui créent du lien au sein de la communauté (groupe de femmes, club de sport, etc.)

.....
 331 Robertson E. B., David S. L., and Rao S. A. (2003). Op.Cit.; Spoth, R. L., Schainker, L. L., & Hiller-Sturmhöfel, S. (2011). Translating family-focused prevention science into public health impact. *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 34(2), 188-203.; Sir Donaldson L. (2009). Op. Cit.

(suite)

Personnes LGBTQI+ (voir chapitre 4.14)

- › Adopter une définition inclusive de la notion de famille
- › Construire des partenariats avec des associations LGBTQI+ ; les inviter aux réunions d'équipe
- › Comprendre et déconstruire les stéréotypes et mythes liés aux personnes LGBTQI+
- › Ne pas «sortir du placard» un-e usager-e devant des collègues, d'autres usager-es et des membres de la famille

Hommes

- › Comprendre le vécu des hommes confrontés à la consommation d'un proche ; le secteur de soutien aux familles étant principalement féminin, cela peut être un challenge
- › Comprendre et déconstruire les rôles genrés, en particulier les représentations et attentes liées à la masculinité
- › Considérer les hommes comme faisant partie intégrante de la vie de famille et être attentif-ve à leurs besoins
- › Leur faire prendre conscience et valoriser l'importance du rôle qu'ils jouent dans la vie de leurs enfants (notamment du rôle de modèle positif qu'ils peuvent endosser, afin de prévenir la consommation précoce d'alcool)
- › Détecter les cas de violences domestiques ; adopter une stratégie/procédures solides en matière de violences domestiques tant à destination des hommes victimes que des hommes auteurs de violences
- › Comprendre que les hommes sont socialisés à avoir besoin de trouver des solutions et à rejeter les émotions «qui ne sont pas masculines» ; ils peuvent dès lors mettre plus de temps à s'ouvrir et préférer recevoir des informations plutôt qu'un soutien émotionnel
- › Encourager le recrutement d'hommes au sein du personnel ou en tant que bénévoles
- › Former son personnel à donner des informations ou orienter vers les services compétents pour répondre à des questions légales (protection de l'enfance, violence domestique, garde des enfants, etc.)
- › Consulter les hommes pour connaître leurs besoins
- › Développer les services en lignes et avoir des heures d'ouverture flexibles
- › Tenir des groupes de parole uniquement pour les hommes (s'il y a demande)

POUR EN SAVOIR PLUS

Adfam – Families, drugs and alcohol (2010). *Including diverse families: good practice guidelines*. United Kingdom: London★

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2017). *Parenting to prevent childhood alcohol use*★

Robertson E. B., David S. L., and Rao S. A. (2003). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide for parents, educators, and community leaders*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Health★

Safeguarding Children Board (2016). *Best practice Guidance When Parents are Using Drugs/Alcohol: Working Together with Parents and Children*. United Kingdom★

Valentine G., Jayne M., Gould M., Keenan J. (2010). *Family life and alcohol consumption: A study of the transmission of drinking practices*. Joseph Rowntree Foundation★

Vitaro F., Cabronneau R., Assaad J.-M. (2006). *Les enfants de parents affectés d'une dépendance. Problèmes et résiliences*. Presses de l'Université du Québec. Canada : Québec★

PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU FESTIF ET EN MILIEU ÉTUDIANTE

Relecture : Guylaine Benech (consultante-formatrice en santé publique), Anne-Sophie Poncelet (Univers santé asbl)

Dans une acceptation large, la notion de milieu festif peut être entendue comme l'ensemble de lieux et établissements où des personnes se regroupent avec l'objectif commun d'y faire la fête³³². De la musique y est diffusée, souvent à forte intensité, et des espaces sont généralement prévus pour que les personnes puissent danser. Il peut s'agir d'établissements ou d'événements ouverts au public contre une certaine somme d'argent (clubs, discothèques, festivals de musique, soirées), d'établissements à l'accès gratuit mais aux consommations payantes (bars, cafés), ou encore d'événements ponctuels à thème (soirées d'étudiants, etc.). Généralement, les boissons sont payantes, mais certains événements peuvent proposer des soirées où forfaits (entrée payante mais boissons gratuites³³³).

332 La notion de «fête» étant elle-même très englobante.

333 Dans certains pays, comme la France, la pratique de l'open bar est interdite.

La fréquentation des milieux festifs est généralement motivée par une recherche de divertissement, de cassure avec le quotidien, de socialisation ou de rencontre. Les boissons alcoolisées ainsi que d'autres substances psychoactives y sont grandement consommées, parfois de manière excessive, avec des conséquences potentiellement dommageables pour l'utilisateur et pour autrui. Les dommages liés à l'usage d'alcool et des autres drogues sont maximisés par le contexte festif, qui favorise les excès et donc les comportements à risque ainsi que l'agressivité chez certaines personnes. Le contexte festif rend également les personnes plus insouciantes par rapport à leur propre santé. La mise en place de programmes de prévention et de réduction des risques en milieu festif est donc particulièrement pertinente et devrait être considérée comme une préoccupation importante de santé publique. En matière de prévention et de réduction des risques liés à l'usage d'alcool, les interventions peuvent viser à modifier directement les représentations, attitudes et comportements du public (i.e. les normes sociales relatives à la «fête») ou à optimiser l'environnement de manière à réduire l'impact de la consommation (excessive). Les interventions agissent donc à la fois sur les individus et sur les environnements.

Au-delà des milieux festifs ouverts au public, des regroupements festifs ont également régulièrement lieu en milieu privé, où l'alcool ainsi que d'autres substances sont tout autant consommées. Ces milieux font difficilement l'objet d'interventions spécifiques alors que des pratiques à risque y surviennent également, dans des contextes où le contrôle social est moins contraignant. Il est donc important d'agir

en amont en ciblant aussi ce public, afin d'«outiller»³³⁴ *a minima* les participant-es, d'où l'importance d'agir également à d'autres niveaux et dans d'autres milieux de vie. Certaines associations proposent des kits de réduction des risques aux personnes qui consomment en milieu privé. L'asbl Modus Vivendi devrait prochainement éditer une brochure de réduction des risques sur cette thématique.

LES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION ET DE RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU FESTIF

En Belgique francophone, des actions de réduction des risques liés à l'usage de drogues (légal et illégal) sont menées en milieu festif par diverses associations³³⁵. Ces actions s'articulent le plus souvent autour d'un stand d'information et de sensibilisation³³⁶, où sont disposés un ensemble d'outils de prévention ainsi que du matériel de réduction des risques, qui ne cible généralement pas uniquement la prévention des risques liés à l'alcool

334 Voir les exemples d'outils en fin de chapitre.

335 En Wallonie, il existe 11 réseaux d'aide et de soins spécialisés en assuétudes. Une de leurs missions consiste à visibiliser les services existants, par exemple via la création d'un répertoire descriptif de l'offre d'aide et de prise en charge. Le lecteur ou la lectrice intéressé pourra s'adresser au réseau correspondant à sa zone de soin pour identifier un partenaire potentiel à la mise en place d'intervention en milieu festif. En Région bruxelloise, le réseau festif «Safe Ta Night» coordonné par l'asbl Modus Vivendi regroupe quant à lui des acteur-rices de promotion de la santé et de la réduction des risques, et propose de renforcer la complémentarité et l'efficacité des actions menées en milieu festif par différents acteur-rices.

336 Dans certaines villes ou certaines zones rurales, des dispositifs mobiles (minibus ou bus de prévention) sont aussi parfois privilégiés de manière à optimiser la mobilité de l'offre de services.

(éthylotest, brochures sur les produits et sur les infections sexuellement transmissibles, préservatifs et lubrifiants, bouchons d'oreille, adresses d'institutions locales d'aide et de dépistage, etc.). Des intervenant-es socio-sanitaires, accompagnés de pairs usager-es formés à la prévention et à la réduction des risques, animent le stand et entament le dialogue sur diverses thématiques en lien avec la fête. Le fait de faire intervenir des pairs permet de crédibiliser l'intervention auprès du public et de faciliter la prise de contact. Des maraudes sont organisées afin de toucher le public de manière proactive. Elles sont notamment indiquées lorsque l'espace festif dispose de zones particulièrement à risque de consommation excessive (e.g. camping de festival, parking). Des zones de repos («relax zone», «chill'out», «coin safe») peuvent aussi être aménagées, afin que les personnes puissent se ressourcer et afin de pouvoir offrir un soutien logistique ou psychosocial aux personnes en difficulté. Ce type de dispositif permet aussi de décharger les services de secours. Ces interventions en milieu festif peuvent être complétées par un site web ou une application (en lien ou non avec l'événement) permettant au public d'avoir un accès permanent à des informations et des conseils de réduction des risques. Les interventions de réduction des risques doivent respecter certains principes pour être efficaces, en particulier lorsqu'elles s'adressent aux jeunes³³⁷ :

- › Démarche bienveillante, positive et dénuée de jugement ;
- › Délivrance de messages équilibrés (rappel des risques liés à l'alcoolisation

et valorisation de l'intérêt à diminuer les quantités consommées, dans le respect des choix des personnes et en tenant compte des bénéfices qu'elles y trouvent) ;

- › Évitement des discours moralisateurs ;
- › Réel intérêt pour le milieu de la fête et pour les jeunes, et pour la promotion d'une «fête sans heurt» ;
- › Démarche et discours responsabilisant les personnes et favorisant l'empowerment³³⁸ ;
- › Approche globale de promotion de la santé, prenant en compte l'ensemble des déterminants de la santé en milieu festif, sans concentration excessive sur les comportements de consommation ;
- › Intervention articulée avec les autres dispositifs existants (e.g. Croix-Rouge, services de sécurité, autres stands de prévention), dans la connaissance du rôle de chacun-e et le respect mutuel ;
- › Développement d'un volet évaluatif, afin d'appréhender de manière objective le public cible et ses comportements et d'en suivre l'évolution dans le temps.

337 Voir Benech, G. & Basset, B. (2019). Les ados et l'alcool. Comprendre et agir. Rennes : Presses de l'EHESP.

338 Processus d'autonomisation par lequel une personne ou un groupe acquiert davantage de pouvoir d'action et de décision par rapport à son environnement et à sa vie.

La prévention par les pairs³³⁹ est une stratégie qui consiste à mobiliser lors des interventions des personnes qui partagent les mêmes caractéristiques que le groupe cible (i.e. personne consommatrice, ayant approximativement le même âge et partageant généralement les mêmes codes culturels³⁴⁰). La mobilisation de pairs permet de faciliter l'entrée en contact avec le public et d'augmenter la légitimité perçue de l'intervention. Les pairs ne sont pas des professionnel·les sur ces matières mais sont sollicités en tant qu'«expert-es du vécu». Ils-elles sont formés à la délivrance de messages de prévention et de conseils de réduction des risques, avec l'objectif de modifier les représentations, les attitudes, les connaissances et les comportements du public cible. La mobilisation de pairs est fréquente lors d'interventions en milieu festif pour aborder les problématiques relatives à l'usage d'alcool et des autres drogues et pour la prévention de maladies sexuellement transmissibles. Elle est généralement considérée comme pertinente pour les raisons suivantes³⁴¹ : 1) les pairs sont perçus comme une source d'information crédible ; 2) et davantage acceptable que d'autres sources d'information ; 3) la mobilisation des pairs favorise leur empowerment ; 4) et leur est globalement bénéfique (augmentation de l'estime de soi et de la confiance en soi, socialisation...) 5) elle utilise une modalité «naturelle» de partage d'informations et de conseils ; 6) l'information «percole» mieux lorsqu'elle est transmise par une personne à laquelle le destinataire peut s'identifier ; 7) les pairs peuvent être perçus comme des modèles à suivre ; 8) les pairs permettent de toucher des publics difficiles à atteindre par les méthodes de prévention classiques ; 9) les apprentissages sont renforcés en raison des contacts continus du public cible avec les pairs ; 10) la prévention par les pairs aurait un meilleur coût-efficacité que les approches classiques.

Cette approche s'inscrit parfaitement dans la philosophie de la promotion de la santé, qui vise à mobiliser les populations pour les rendre actrices de leur propre santé. Cette approche a aussi l'avantage de permettre aux professionnel·les de rester au courant de l'évolution des caractéristiques culturelles, attitudeinales et comportementales du public cible, au-delà de ce qui est directement perceptible. Il ne suffit toutefois pas d'inclure des pairs pour conférer à une intervention pertinence et efficacité. Le groupe NEWIP^{342,343} a ainsi émis une série de recommandations afin d'optimiser la prévention par les pairs en milieu festif, en prenant appui sur les standards de qualité européens en matière de prévention de l'usage de drogues :

- › L'intervention doit être menée en référence à des objectifs à long terme, de sorte qu'il est préférable de mettre en place des projets pérennes, en prenant le temps de sélectionner et former des pairs motivés, qui partagent ces objectifs, plutôt que de mettre en place des interventions brèves/irrégulières, avec un turnover fréquent des pairs ;
- › La prévention par les pairs doit s'inscrire dans une approche globale, d'une part afin que la question des usages de substances psychoactives soit abordée dans une approche de promotion de la santé plus large, et d'autre part afin que les changements d'attitudes, de connaissances et de comportements visés au niveau individuel soient considérés comme un axe stratégique parmi d'autres ;
- › Les pairs doivent être recrutés directement au niveau du public ciblé par l'intervention (e.g. festivaliers, milieu festif underground, milieu étudiant). Ils-elles doivent être spontanément identifiés comme des pairs par le public cible, et doivent être perçus comme des expert-es des matières abordées.

.....
339 *Peer prevention, peer education* ou encore pair-aidance.

340 Les caractéristiques d'appariement peuvent porter sur l'âge, le genre, l'ethnicité, les codes vestimentaires, le milieu de résidence, etc. selon les caractéristiques précises du public cible et les besoins de l'intervention.

341 Turner, G., & Shepherd, J. (1999). A method in search of a theory: peer education and health promotion. *Health Education Research, Theory and Practice*, 14, 235-247.

342 Nightlife Empowerment & Well-being Implementation Project, qui regroupe les acteurs de terrains européens intervenant en milieu festif.

343 Noijen, J., Duscherer, K., Schrooten, J., de Smet, J., van de Kerckhove, B. et al. (2012). *Peer education in Nightlife Settings - Good Practice Standards*. NEWIP.

LES INTERVENTIONS CIBLANT LE
PERSONNEL DES DÉBITS DE BOISSONS
ET LES ORGANISATEUR-RICES
D'ÉVÉNEMENTS

L'efficacité des interventions en milieu festif est conditionnée par des paramètres liés à l'implantation des dispositifs (fréquence, couverture territoriale, visibilité, attractivité, etc.) mais aussi par les dispositions plus générales que l'organisateur ou organisatrice d'événements accepte de prendre afin de promouvoir la santé et le bien-être de ses client-es. Un axe stratégique important consiste donc à sensibiliser les organisateur-rices d'événements festifs et à les outiller au mieux par rapport à la gestion des risques liés à la fête. Des guides pratiques ont été développés à cette fin³⁴⁴.

On retrouve dans la littérature une série d'interventions qui visent à sensibiliser et responsabiliser le personnel des débits de boissons aux dommages induits par une consommation excessive d'alcool (nuisances publiques liées à l'ivresse, violences, accidents de la route...). Elles visent également à favoriser le respect du cadre légal (respect de la législation relative à l'âge minimum légal, responsabilité légale par rapport aux conséquences de l'ivresse alcoolique). La difficulté principale de ces interventions consiste à convaincre l'établissement de participer à la démarche, leur réticence «naturelle» étant liée au fait que les objectifs de ces interventions peuvent être perçus comme entrant en opposition avec l'objectif commercial qu'il poursuit. Des revues de la littérature

suggèrent que ces interventions sont peu efficaces lorsqu'elles se limitent à mettre à disposition du personnel des *guidelines*, par exemple par rapport à la prévention des blessures corporelles liées à l'alcool³⁴⁵. Le fait de proposer des formations spécifiques régulières sur la prévention et la gestion des violences (via par exemple les programmes «*Safer bar*³⁴⁶»), ou d'intégrer cette problématique dans une approche globale de prévention des risques liés au milieu de la nuit (cf. encart sur les axes stratégiques des interventions de responsabilisation) s'avère en revanche plus efficace³⁴⁷. Cela s'explique en partie en raison du *turnover* important du personnel des débits de boissons. Les blessures corporelles peuvent aussi être réduites efficacement en supprimant le service de boissons en verres ou en bouteilles, ces contenants pouvant être utilisés comme armes en cas de bagarres³⁴⁸. Lors de certains événements (e.g. festivals), le respect de l'âge légal peut être facilité en prévoyant des bracelets spécifiques afin que le personnel puisse automatiquement identifier les jeunes qui ne sont pas en âge légal de consommer des boissons alcoolisées.

345 Ker, K. & Chinnock, P. (2008). Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries. Cochrane Systematic Review.

346 Intervention brève canadienne de prévention des violences liées à l'alcool en milieu festif à destination du personnel des bars. Elle est basée sur une approche participative (discussion de groupe, jeux de rôle) qui vise à former le personnel à pouvoir identifier rapidement les situations problématiques et à les désamorcer efficacement avant qu'elles ne dégénèrent.

347 Babor et al. (2010). Op. Cit.

348 Warburton, A.L. & Shepherd, J.P. (2000). Effectiveness of toughened glassware in terms of reducing injury in bars: a randomized controlled trial. Injury Prevention 6, 36-40.

344 Voir par exemple CIRDD Bretagne (2008). Guide pratique pour favoriser la prévention et la réduction des risques en milieu festif.

AXES STRATÉGIQUES DES INTERVENTIONS
DE RESPONSABILISATION DU PERSONNEL
DES DÉBITS DE BOISSONS

- 1

Changement d'attitude : conscientiser le personnel et l'exploitant-e aux bénéfices de la prévention de l'intoxication alcoolique, du respect de l'âge légal et de la pertinence de mettre de l'eau gratuite à disposition du public ;
- 2

Connaissances : favoriser l'acquisition de connaissances sur les effets de l'alcool, sur les notions de verres standards et de concentration d'alcool dans le sang, sur les signes de l'ivresse alcoolique, sur les lois et règlements en vigueur, sur la responsabilité légale, sur les stratégies de gestion de l'intoxication alcoolique et des client-es n'ayant pas l'âge légal ;
- 3

Aptitudes : développer les aptitudes à reconnaître les stades de l'ivresse, à refuser de servir des boissons alcoolisées et à éviter les conflits lors d'interaction avec une personne en état d'ébriété ;
- 4

Pratique : vérifier l'âge des jeunes client-es, prévenir les intoxications, refuser le service à une personne en état d'ébriété, organiser un transport sûr pour les client-es intoxiqués.

D'après Babor et al. (2010). Op. Cit.

EXEMPLE DE BONNE PRATIQUE : LE LABEL *QUALITY NIGHTS*

Quality Nights est un projet développé par l'asbl Modus Vivendi depuis 2007 qui vise à améliorer le bien-être des personnes qui fréquentent les lieux festifs. Il s'agit d'un label de bien-être octroyé à une série de lieux de sortie (discothèques, soirées, salles de concert ou cafés dansants) qui se portent volontaires pour améliorer les conditions d'accueil des fêtard-es. Inscrit dans une démarche de promotion de la santé, ce projet s'appuie sur la concertation, la participation et la formation du personnel des lieux de sortie, de manière à responsabiliser durablement ces acteur-rices de la fête. Ils-elles sont ainsi préalablement sensibilisés à la réduction des risques et aux premiers secours, à la gestion non-violente des conflits ou encore aux risques liés aux nuisances sonores. L'obtention du label se fait sur base d'une convention de partenariat, relative à la mise en place des services suivants³⁴⁹ :

- Formation du personnel (sur des thématiques de santé liées à la fête et sur les moyens de réduire les risques) ;
- Mise à disposition d'eau gratuite sur demande ;
- Mise à disposition de préservatifs et de bouchons d'oreille gratuitement ou à prix modique ;
- Mise à disposition de brochures de promotion de la santé (sur les produits, les maladies sexuellement transmissibles, etc.) et diffusion des alertes précoces en cas de circulation de produits psychotropes dangereux ;
- Mise à disposition d'informations sur les moyens alternatifs de retour à domicile, et sensibilisation à la sécurité routière.

Le label rassemble aujourd'hui plus de 70 organisations festives en Belgique et à Lille. Une évaluation réalisée en 2013 a souligné la pertinence de ce projet, qui semble effectivement répondre aux besoins du public³⁵⁰. Néanmoins, les services proposés paraissaient insuffisamment connus du public, y compris des personnes qui fréquentent régulièrement les établissements labellisés. Des efforts de communications et de visibilité ont depuis lors été réalisés. Cette évaluation a également fait émerger un constat important relatif à la réceptivité du public vis-à-vis des conseils et informations préventives sur les risques liés aux sorties festives : il apparaît que cette réceptivité varie fortement d'une personne à l'autre selon les moments et les endroits, sans relation claire avec le profil sociodémographique (âge, sexe, etc.). Tous les fêtard-es ne sont pas réceptifs lors de leurs sorties. Par conséquent, il n'y a probablement pas de modalité optimale de transmission de l'information, et il est nécessaire de multiplier les canaux afin de s'adapter à la disponibilité de chacun-e et augmenter ainsi la probabilité de toucher un maximum de personnes.

- Pour plus d'informations : www.qualitynights.be ³⁵¹
- Pour plus d'information sur les labels équivalents au niveau international : www.safernightlife.org

.....
349 Au-delà de ces services obligatoires, l'organisateur-riche est également invité à proposer les services suivants sur base volontaire : accessibilité aux infrastructures pour les personnes à mobilité réduite, mise à disposition de cocktails sans alcool, mise à disposition d'un espace de repos, proposer une procédure d'urgence médicale, accueillir un stand de prévention des IST et de réduction des risques liés à l'usage de drogues, mettre en place des mesures contre les nuisances sonores vis-à-vis des riverain-es, installer un système de climatisation pour réguler la température dans les espaces accessibles au public, mettre à disposition une offre alimentaire pour le public, proposer un vestiaire.

350 CBPS & Eurotox (2013). Évaluation du label *Quality Nights* auprès du public cible en Région de Bruxelles-Capitale. Bruxelles : CBPS & Eurotox.

351 Voir aussi : Modus Vivendi (2016). Guide méthodologique destiné à l'opérateur local *Quality Nights*. Bruxelles : Modus Vivendi.

L'intégration de la prévention en milieu festif doit idéalement se faire dans le cadre d'une collaboration entre les services de promotion de la santé, les organisateur·rices d'événements, les tenanciers des débits de boissons et les autorités (locales, régionales, fédérales). De telles collaborations ne sont généralement systématisées qu'en cas de dispositions légales contraignant les parties prenantes³⁵². Le législateur est en effet le seul à pouvoir systématiser des mesures perçues par les professionnel·les de la vie nocturne comme susceptibles d'impacter leur chiffre d'affaires (e.g. mise à disposition d'eau gratuite ; interdiction de vente au-delà d'une certaine heure). Des partenariats sont toutefois possibles en l'absence de telles contraintes légales, via les labels de promotion de la santé en milieu festif³⁵³ ou via le développement de chartes spécifiques. Par exemple, l'asbl La Teignouse propose, à travers son service «Espace Futé», différents projets de collaboration avec des organisateur·rices d'événements festifs, des commerces, des cafés ou encore des clubs de sports, afin de les sensibiliser et les responsabiliser par rapport à la consommation excessive d'alcool. La collaboration s'articule autour d'une formation de sensibilisation et la remise d'un guide pratique. Elle est officialisée via l'adoption d'une charte spécifique³⁵⁴. La ville de Bruxelles a également récemment développé une Charte de la Vie Nocturne dans un quartier festif du centre-ville. Cet

outil porte notamment sur la prévention de certaines conduites à risques³⁵⁵, via une série de mesures spécifiques que s'engagent à mettre en œuvre les exploitant·es d'établissements de vie nocturne signataires³⁵⁶: demander une preuve légale de l'âge du client·e en cas de doute ; mettre en place un système permettant de distinguer les mineur·es si ceux-ci figurent parmi leur clientèle régulière ; adapter la politique tarifaire afin de favoriser les boissons non alcoolisées ; ne pas servir de client·e jusqu'à l'ivresse ; arrêter de vendre de l'alcool au moins une demi-heure avant la fermeture de l'établissement ; promouvoir des actions de sensibilisation sur les risques liés à la consommation excessive d'alcool ; inciter les client·es en état d'ivresse à prendre le taxi ou d'autres moyens de locomotion ; visibiliser l'offre de transport nocturne (NOCTIS, Collecto, Back Safe).

LES MESURES ENVIRONNEMENTALES DE GESTION DE LA VIE NOCTURNE³⁵⁷

Les autorités locales, en particulier le ou la Bourgmestre, ont une grande responsabilité et une marge de manœuvre importante dans le maintien de la sécurité et la salubrité publique. La mise en place de projets structurels ne peut être envisagée sans leur soutien actif. Dans certaines villes européennes, des «maires de la nuit» sont élu·es et veillent, épaulés par un conseil, à ce que les activités de la vie nocturne se

développent le plus harmonieusement possible, en concertation avec les autorités locales, les professionnel·les de la vie nocturne, les usager·es et les riverain·es. Le Forum européen pour la sécurité urbaine³⁵⁸ a développé le projet «Alcool, ville et vie nocturne» dans plusieurs villes françaises afin de recenser l'ensemble des interventions déployées pour prévenir les conséquences de la surconsommation d'alcool et afin de déterminer les axes de travail prioritaires et les objectifs associés (voir tableau ci-après). Des fiches actions décrivant les interventions recensées sont disponibles pour les membres du forum européen³⁵⁹. Il ressort clairement de ce projet qu'une gestion efficace de la problématique passe par une prise en charge globale prenant en compte l'ensemble des déterminants impliqués (voir aussi chapitre 3.4).

352 Babor et al. (2010). Op. Cit.

353 Le réseau PARTY+ regroupe les labels européens qui visent à améliorer les lieux de vie nocturne et à y promouvoir la santé : *Quality Nights* en Belgique, *Fêtez clairs* en France, *Q de Festa* en Espagne et *Safer Clubbing* en Suisse.

354 <http://www.lateignouse.be/nos-services/espace-fute/>

355 L'usage de drogues, la consommation d'alcool chez les mineur·es, les conséquences de la consommation excessive d'alcool, et les infections sexuellement transmissibles.

356 <https://www.bruxelles.be/charte-de-la-vie-nocturne>

357 Voir aussi Chapitre 4.9 pour des recommandations spécifiques relatives à la consommation d'alcool en rue.

358 Créé en 1987 sous l'impulsion du Conseil de l'Europe, ce forum est le seul réseau européen d'autorités locales et régionales consacré à la sécurité urbaine. Il rassemble près de 250 villes et régions de 16 pays.

359 Voir <https://efus.eu/fr/>

ALCOOL, VILLE ET VIE NOCTURNE : LES RECOMMANDATIONS DU FORUM EUROPEEN POUR LA SECURITE URBAINE ³⁵⁸

AXE I. Prévenir les consommations problématiques et favoriser des comportements responsables

› Objectif 1 : L'information

L'information doit porter sur les risques et effets néfastes ainsi que sur les moyens de les réduire. Elle doit aussi inclure des éléments relatifs à la législation et à la réglementation en vigueur. Les messages d'information doivent être conçus en partant des représentations du public cible et utiliser plusieurs canaux (brochures, affiches, réseaux sociaux, ...). L'information est une étape nécessaire mais non suffisante au changement de comportement, de sorte qu'elle doit être accompagnée d'actions complémentaires.

› Objectif 2 : Le développement des compétences psychosociales

Le développement ou le renforcement des compétences psychosociales (i.e. esprit critique, confiance en soi, habiletés relationnelles, gestion des émotions et du stress, capacités de résistance et de négociation, de gestion des conflits, et d'affirmation de soi, résistance à la pression d'autrui et du groupe) permettent de prévenir les usages à risque et de favoriser l'adoption de comportements responsables sur le long terme. Les actions et dispositifs qui permettent de développer les compétences psychosociales doivent s'appuyer sur les acteur·rices qui connaissent les jeunes et interagissent avec eux·elles au quotidien (professeur·es, éducateur·rices, parents, etc.). Les milieux scolaires et universitaires sont propices à la mise en place de projets répondant à cet objectif, qui ne peut être poursuivi efficacement que sur base d'interventions régulières.

AXE II. Prévenir et réduire les risques et les nuisances

› Objectif 1 : La prévention par les pairs

La participation et l'implication des pairs permet de légitimer les interventions, de toucher plus efficacement le public cible et de le responsabiliser plus efficacement.

› Objectif 2 : La réduction des risques

Les risques à court terme liés à la consommation d'alcool (chutes, accidents de la circulation, bagarres, rapports sexuels non-protégés, non-consentis ou regrettés, malaises, comas éthyliques, hypothermies...) peuvent être réduits via des interventions et dispositifs spécifiques adaptés au groupe cible et à l'environnement (actions de sensibilisation, message de réduction des risques ciblés³⁵⁹, mise à disposition d'outils de réduction des risques tels que des éthylo-tests, des réglettes d'alcoolémie, l'accès à l'eau gratuite, des espaces de repos, une visibilisation ou une mise à disposition de services de retour à domicile à moindre risque, ...).

AXE III. La médiation

› Objectif 1 : la médiation dans l'espace public

Le déploiement d'agent·es chargés de l'information, de la sensibilisation des publics et de la médiation permet d'anticiper les tensions/conflits (entre riverain·es, usager·es de l'espace public, client·es des établissements festifs, etc.) et de les désamorcer le cas échéant. Ce déploiement permet aussi de réduire le sentiment d'insécurité.

› Objectif 2 : la résolution de conflits

Des dispositifs spécifiques de médiation permettent de solutionner d'éventuels conflits entre établissements et riverain·es, provoqués notamment par les nuisances sonores ou les incivilités.

360 D'après EFUS (2017). Alcool, ville et vie nocturne. Pour une stratégie locale et transversale. Paris : Forum européen pour la sécurité urbaine.

361 Exemples : ne pas conduire en état d'ivresse, avoir des préservatifs sur soi et les utiliser en cas de rapport sexuel, alterner entre les boissons alcoolisées et non alcoolisées, ne laisser personne dans le froid, raccompagner son ami·e qui a trop bu et surveiller son état de conscience, se fixer avant la sortie une limite en quantité de boissons consommées et en budget, manger avant la sortie, ne pas pousser les autres à consommer.

ALCOOL, VILLE ET VIE NOCTURNE : LES RECOMMANDATIONS DU FORUM EUROPEEN POUR LA SECURITE URBAINE ^(suite)

AXE IV. Agir sur l'environnement et le cadre de vie

› Objectif 1 : la prévention urbaine

L'aménagement de l'espace public (voirie et équipements urbains) a un impact non négligeable sur la sécurité et sur le sentiment de sécurité des usager-es, a fortiori la nuit³⁶⁰. La conception de l'espace doit être envisagée en tenant compte des usages diurnes et nocturnes, en mobilisant usager-es, riverain-es, organisateur-rices d'événements, propriétaires d'établissements et autorités locales, afin d'apporter une réponse concertée et cohérente. Un aménagement optimal permet en outre de réduire certaines nuisances liées à la vie nocturne³⁶¹. La délocalisation d'un lieu de fête doit pouvoir être envisagée si l'aménagement de l'environnement n'apporte pas de réponses satisfaisantes.

› Objectif 2 : la mobilité

Renforcer la mobilité urbaine nocturne via des solutions innovantes permet de lutter contre certains risques qui sont maximisés durant les nuits festives (e.g. accidents de la circulation sous l'effet d'un produit, agression physique ou sexuelle d'une personne se déplaçant seule en rue)³⁶².

› Objectif 3 : l'encadrement des pratiques commerciales et publicitaires

L'exposition massive au marketing relatif à l'alcool a un impact indéniable sur les consommations, en particulier chez les jeunes. Le sponsoring d'événements festifs par une marque d'alcool ainsi que les *happy hours* dans les cafés jouent le rôle d'incitant à la (sur)consommation et banalisent les comportements. Les pouvoirs publics locaux doivent être sensibilisés et responsabilisés afin de mettre en place des mesures de régulation effective : soutien public conditionné à l'absence de sponsors alcool, interdiction des *happy hours*, interdiction d'affichage publicitaire dans l'espace public, etc.

› Objectif 4 : la réglementation et son application

Les nuisances liées aux activités nocturnes peuvent être en grande partie réduites à l'aide des outils législatifs et réglementaires à disposition des autorités locales. Il importe, si nécessaire, de rappeler aux autorités leur responsabilité en cette matière. L'adaptation de la réglementation doit être envisagée dans le respect de l'activité économique et culturelle que la vie nocturne génère, et être proportionnelle aux nuisances qu'elle vise à réguler. L'application de la réglementation doit être contrôlée (et le non-respect sanctionné), et son impact doit être évalué. Les autorités peuvent, par exemple, adapter les heures d'ouverture de certains établissements ou interdire la consommation d'alcool dans l'espace public (hors terrasses et restaurants) au-delà d'une certaine heure.

.....
362 Via par exemple une optimisation de l'éclairage, la sécurisation de quais le long des voies d'eau, le placement de barrières de sécurité temporaire.

363 Via par exemple un placement suffisant et adéquat de poubelles, la mise à disposition d'urinoirs et toilettes publiques, et la création de fumoirs intérieurs.

364 Système de navette, taxis collectifs,...

LA PRÉVENTION DES VIOLENCES SEXUELLES LIÉES À L'ALCOOL

Les agressions sexuelles ainsi que les rapports sexuels non-consentis, regrettés, ou non-protégés sont favorisés par la consommation excessive d'alcool^{365,366}. L'alcool favorise ainsi le passage à l'acte chez l'agresseur, et l'ivresse contribue à baisser la vigilance par rapport aux situations à risque chez les personnes agressées (e.g. se laisser raccompagner par un inconnu).

Enfin, l'ivresse peut être provoquée afin de faciliter l'abus sexuel. Dans ce cas, l'alcool est utilisé, seul ou en association avec d'autres substances (GHB, somnifères,...), comme agent de soumission chimique³⁶⁷. Il semblerait aussi que le fait d'avoir subi une agression sexuelle augmente chez les femmes le risque de développer un usage abusif d'alcool³⁶⁸.

Prévenir la consommation excessive d'alcool permettrait donc aussi de lutter contre les agressions sexuelles et les rapports sexuels regrettés ou non-protégés. La dimension «vie affective et sexuelle» est généralement abordée lors des interventions de réduction des risques en milieu festif, *a minima* via la distribution de préservatifs et de lubrifiant et à l'aide de brochures qui abordent directement cette problématique. Mais des interventions ciblant plus spécifiquement la lutte contre le harcèlement et les violences sexuelles, l'écoute et la prise en charge des personnes victimes (notamment via la

.....
365 Finney, A. (2004). Alcohol and Sexual Violence: Key findings from the research. UK: Alcohol and Sexual Violence: Key Findings From the Research.

366 Rehm, J., Shield, K.D., Joharchi, N. & Shuper, P.A. (2012). Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Addiction*, 107-51-59.

.....
367 Il est important de noter que les substances utilisées dans un but de soumission chimique sont, dans une grande majorité des cas, l'alcool et les médicaments déprimeurs et tranquillisants. Le GHB/GBL, pourtant étiqueté comme «la drogue du viol» dans l'imaginaire collectif et par de nombreux discours médiatiques, ne concerne qu'une minorité de cas.

368 Kilpatrick, D.G., Acierno, R., Resnick, H.S., Saunders, B.E. & Best, C.L. (1997). A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault

.....
and substance use in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 834-847.
369 Safe Attitude Contre le Harcèlement et les Agressions.

EXEMPLE DE BONNE PRATIQUE DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES SEXUELLES : LE PLAN SACHA³⁶⁷

L'équipe qui organise le festival Esperanzah! a récemment développé le plan SACHA comme stratégie de lutte contre le harcèlement, les violences sexistes et les agressions sexuelles susceptibles de survenir au cours du festival. Ce dispositif s'est ensuite étendu afin que les organisateur·rices d'autres événements puissent également en bénéficier, via un processus de labellisation. Ce plan s'organise en 4 axes :

- La formation d'une équipe de bénévoles : l'objectif est de disposer de personnes ressources facilement identifiées, qui puissent répondre aux questions, promouvoir le plan, sensibiliser le public pendant toute la durée de l'événement (via des stands et des ateliers) et transmettre des informations et outils d'auto-défense verbale.
- Une campagne de sensibilisation : des affiches sont disposées à différents endroits de l'événement afin de rappeler que le harcèlement et les agressions ne sont pas tolérés lors de l'événement. Les affiches utilisent différents slogans évocateurs («La musique me touche déjà, garde tes mains chez toi» ; «De la cour au jardin, mon cul veut pas de ta main» ; «Mon corps n'est pas un sujet de débat» etc.).
- Une procédure de prise en charge psychosociale des victimes : elle est activable via un numéro de téléphone spécifique. La cellule de prise en charge psychosociale a pour objectif d'écouter et accompagner toute personne qui en fait la demande, et d'orienter les victimes vers les services extérieurs adéquats.
- Une chatbox : cet outil est disponible 24h/24 et 7j/7, indépendamment de l'événement. Il a été développé afin d'aider les personnes à identifier ce qu'elles ont vécu ou ce dont elles ont été témoins, et afin de les orienter vers les structures adéquates en fonction de leur localisation.
- Pour plus d'informations : www.plansacha.be

formation du personnel de service, d'organisation et de sécurité), ainsi que des campagnes de sensibilisation à la notion de consentement existent également (e.g. Plan SACHA, des actions de sensibilisation de Sex&Co³⁷⁰, les actions du collectif «Laisse les filles tranquilles»). Ces initiatives ont gagné en popularité et connu une impulsion nouvelle suite aux mouvements #metoo ou #balancetonporc sur les réseaux sociaux qui ont permis une conscientisation plus large de ces problématiques et ont favorisé l'émergence de solutions à y apporter. Il est par ailleurs important que les animations d'éducation à la vie sexuelle et affective dispensées aux garçons et filles (notamment en milieu scolaire) puissent aborder explicitement ces liens entre usage d'alcool (ou, plus généralement, de substances psychoactives), consentement, rôles genrés, vie sexuelle et violences sexuelles.

LES INTERVENTIONS CIBLANT SPÉCIFIQUEMENT LES ÉTUDIANT-ES

Le milieu étudiant peut être considéré comme un milieu festif particulier, ayant ses spécificités et ses propres règles de fonctionnement. L'entrée aux études supérieures constitue une période d'initiation à la consommation d'alcool pour beaucoup d'étudiant-es³⁷¹. Cette période est aussi associée à une augmentation du nombre d'étudiant-es concernés par les pratiques de consommation à risque, ainsi qu'à une augmentation de la fréquence

des épisodes de surconsommation^{372,373,374}. Ce phénomène s'explique en partie par les nombreuses opportunités festives qui surviennent dans le contexte de la vie étudiante et par l'accessibilité renforcée des boissons alcoolisées vis-à-vis de ce public (e.g. prix attractifs, sponsoring). D'après certaines études, la consommation excessive d'alcool en milieu étudiant serait en partie régie par des mécanismes d'apprentissage et de contrôle social (pression sociale, effet de norme, attentes^{375,376,377}, lesquels seraient favorisés par le contexte de vie des étudiant-es (vie en résidence universitaire ou en colocation, implication dans folklore étudiantin, pratique régulière de pré-soirées), et par l'autonomisation vis-à-vis du milieu familial. Dans le contexte de vie des étudiant-es, la consommation d'alcool est généralement vécue comme un facilitateur social et un stimulateur, ainsi que comme un moyen de décompresser et de diminuer temporairement le stress généré par les études. Certaines pratiques (en particulier celles liées au folklore étudiantin) peuvent

aussi servir une fonction identitaire chez certains étudiant-es particulièrement engagés. Les comportements de consommation excessive peuvent perdurer après les études, et constituent un facteur de risque de développement de dépendance alcoolique. Indépendamment du risque de dépendance, la consommation excessive, même occasionnelle, peut favoriser certains comportements à risque et peut avoir des conséquences au niveau social, psychologique ou physique (voir premier encart chapitre 4.3.). En plus des facteurs influençant directement les habitudes de consommation des jeunes durant leur cursus académique, d'autres facteurs prédisposant au risque de développement d'une consommation abusive ont également été identifiés chez les jeunes (ils ne sont pas spécifiques aux étudiant-es) : le genre (les hommes étant plus exposés que les femmes), certains traits de personnalité (la recherche de sensations), l'absence de conviction religieuse, la précocité des habitudes de consommation, et l'attitude parentale par rapport à l'alcool (voir chapitre 1.5)³⁷⁸.

Pour la majorité des étudiant-es, les comportements d'usage réguliers vont ou s'espacer au terme des études ou après le baptême. La manière dont les jeunes s'intégreront dans la vie active influencera aussi leur propension à boire de l'alcool de manière excessive ; l'emploi peut avoir un effet protecteur, mais il peut à l'inverse favoriser la consommation régulière et/ou excessive de boissons alcoolisées car certaines professions favorisent les opportunités de consommation (voir

370 Projet de Promotion de la Santé affective et sexuelle en milieux festifs de la Fédération Laïque de Centres de Planning Familial.

371 Borsari, B., Murphy, J.G., & Barnett, N.P. (2007). Predictors of alcohol use during the first year of college: Implications for prevention. *Addictive Behaviors*, 32, 2062-2086.

372 Hogge, M. et Walewyns, E. (2016). Consommation d'alcool en milieu étudiant bruxellois : un projet de réduction des risques. Bruxelles : Modus Vivendi.

373 Lannoy, S., Billieux, J., Poncin, M. & Maurage, P. (2017). Bingeing at the campus: Motivations and impulsivity influence binge drinking profiles in university students. *Psychiatry Research*, 250, 146-154.

374 Lorant, V., Nicaise, P., Soto, V.E. & d'Hoore, W. (2013). Alcohol drinking among college students: college responsibility for personal troubles. *BMC Public Health*, 13, 1-9.

375 Ennett, S.T., Foshee, V.A., Bauman, K.E., et al. (2008). The social ecology of adolescent alcohol misuse. *Child Development*, 79, 1777-1791.

376 Lorant et al. (2013). Op. Cit.

377 Wood, M.D., Read, J.P., T.P., Palfai & Stevenson, J.F. (2001). Social influence processes and college student drinking: the mediational role of alcohol outcome expectancies. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 32-43.

378 Pour une revue de la littérature, voir Borsari et al. (2007). Op. Cit.

chapitre 4.6). La perte d'un emploi peut également jouer le rôle de stresser augmentant le mésusage d'alcool³⁷⁹. De même, le fait d'être en couple n'est pas en soi un facteur protecteur chez les jeunes : le couple peut agir comme facteur protecteur ou aggravant suivant le rapport que le compagnon ou la compagne entretient avec l'alcool³⁸⁰.

Les étudiant-es constituent donc un groupe à risque pour lequel les interventions de prévention et de réduction des risques liées à l'usage d'alcool doivent être considérées comme prioritaires sur le plan de la santé publique. Les stratégies d'intervention spécifiques à ce milieu peuvent être classées en deux types : celles qui visent à modifier directement les représentations, attitudes et comportements des jeunes par rapport à l'alcool et celles qui visent à optimiser l'environnement (pour diminuer l'impact de l'alcoolisation sur la santé ou pour augmenter l'accessibilité des alternatives à l'alcoolisation). Des interventions ciblant la consommation excessive d'alcool en milieu étudiant ont été menées dans de nombreux pays, poursuivant les objectifs pragmatiques de diminuer la morbidité liée à l'ivresse (chutes, accidents de la route, agressions sexuelles, bagarres, comas éthyliques) et de réduire l'impact de l'alcoolisation sur la réussite académique. Ces interventions peuvent s'appuyer sur

un ou plusieurs objectifs opérationnels tels que : améliorer les connaissances des jeunes sur les effets et risques liés à l'alcool, modifier les attitudes par rapport au produit (normes perçues de consommation, attentes, perception des risques...), favoriser le développement de compétences psychosociales, ou encore valoriser les alternatives à la consommation d'alcool. Des revues de la littérature ont mis en évidence que les interventions qui se limitent à informer les étudiant-es et à améliorer leurs connaissances ne suffisent pas à elles seules pour modifier les comportements d'alcoolisation des étudiant-es. En revanche, les programmes qui visent à corriger les attentes des étudiant-es par rapport aux effets de l'alcool, les approches motivationnelles (interventions brèves), ainsi que les approches éducatives qui visent à modifier les normes perçues de consommation via l'utilisation de feedback personnalisé paraissent efficaces^{381,382}. Mais ces interventions ont généralement un faible impact ou uniquement un impact à court terme. Leur faible efficacité n'est pas liée à leur inadéquation, mais au caractère multidéterminé de la consommation excessive et à la nécessité d'agir à différents niveaux, c'est-à-dire sur l'ensemble des déterminants individuels, sociaux et sociétaux (y compris environnementaux). Il est dès lors plus efficace de développer des projets qui :

- Combinent différentes stratégies (information et sensibilisation, prévention par les pairs, aménagement de l'environnement, valorisation des alternatives à la consommation d'alcool³⁸³, mise en place de directives et de réglementations³⁸⁴...);
- Utilisent différents canaux (campagnes d'affichage et sur les réseaux sociaux, interventions dans les lieux festifs...);
- Poursuivent parallèlement plusieurs objectifs (changement d'attitudes, réduction de la consommation, réduction de l'offre d'alcool, réduction des risques...);
- Mènent des concertations avec les différentes parties prenantes (étudiant-es, organisations étudiantes, autorités académiques et communales, services d'aides aux étudiant-es, etc.).

En Belgique francophone, les asbl Univers Santé³⁸⁵ et Modus Vivendi³⁸⁶ ont développé des projets de promotion de la santé en milieu étudiant en ce sens.

379 Keyes, K.M., Hatzenbuehler, M.L. & Hasin, D.S. (2013). Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: the epidemiologic evidence for four main types of stressors. *Psychopharmacology*, 218, 1-17.

380 Wiersma, J.D. & Fischer, J.L. (2014). Young adult drinking partnerships: Alcohol-related consequences and relationship problems six years later. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75, 704-712.

381 Larimer, M.E. & Crouce, J.M. (2007). Identification, prevention, and treatment revisited : individual-focused college drinking prevention strategies 1999-2006. *Addictive Behavior*, 32, 2439-2468.

382 Crouce, J.M. & Larimer, M.E. (2011). Individual-focused approaches to the prevention of college student drinking. *Alcohol Research & Health*, 34, 210-221.

383 Mise à disposition d'eau gratuite, de softs à prix attractifs, de bières sans alcool...

384 Par exemple, interdiction des soirées à forfait, qui incite à la consommation excessive.

385 <https://www.univers-sante.be/>

386 <http://www.modusvivendi-be.org/spip.php?rubrique66>

RECOMMANDATIONS POUR L'IMPLANTATION D'UN PROJET DE RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU ÉTUDIANT ³⁸⁵

Inclure l'ensemble des acteurs et actrices dans le développement et la mise en place du projet

- › Autorités académiques, étudiant-es et groupements d'étudiant-es, services d'aide aux étudiant-es, organisateur-rices d'événements, associations de santé, gérant-es des lieux festifs...
- › Méthode de prévention par les pairs : des étudiant-es organisateur-rices d'activités festives ou investis dans un cercle étudiant sont formés afin de sensibiliser et informer d'autres étudiant-es lors des interventions
- › Favoriser la responsabilisation des étudiant-es par rapport à leur propre consommation d'alcool et par rapport à la consommation des autres

Agir globalement

- › Rendre l'environnement favorable à l'adoption de comportements à moindre risque, faciliter l'accès à l'information et favoriser le développement des aptitudes psychosociales
- › Développer le projet dans une démarche de promotion de la santé, dans le cadre d'une politique globale, en le considérant comme complémentaire à d'autres approches (y compris réglementaires et répressives)

Travailler au sein des milieux de vie

- › Intervenir dans les campus, les locaux des Cercles, les salles de fête,...
- › Prendre en compte les spécificités de chaque infrastructure

Suspendre le jugement sans banaliser l'usage

- › Adopter une démarche compréhensive plutôt que moralisatrice
- › Rester neutre, objectif et constructif en évitant les discours alarmistes ou banalisant

Déterminer au préalable les objectifs poursuivis et les moyens nécessaires pour les atteindre

- › Identifier la problématique, fixer des objectifs opérationnels et des indicateurs d'évaluation
- › Déterminer un budget
- › Délimiter la zone d'intervention
- › Dénombrer le nombre d'étudiant-es
- › Établir un échéancier des actions envisagées
- › Tenir compte des disponibilités de chaque partenaire dans la fixation des objectifs opérationnels
- › Désigner ou engager un-e responsable qui coordonnera les acteur-rices et facilitera le développement du projet

.....
387 Walewyns, E. (2016). Guide pratique pour aider à l'implantation d'un projet de réduction des risques liés à l'usage d'alcool en milieu étudiant. Modus Vivendi : Bruxelles.

LES SERVICES DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU ÉTUDIANT ET LES «PLANS ALCOOL»

Les services de promotion de la santé en milieu étudiant visent à répondre aux besoins des étudiant-es dans tous les domaines en lien avec la santé (alimentation, vie affective et sexuelle, alcool et assuétudes, santé mentale, santé sociale, stress et blocus...), via la mise en place d'actions et de services en partenariat avec les étudiant-es, des acteur-rices et associations locales, des enseignant-es ou encore des professionnel-le-s de la santé. La thématique de l'alcool est traitée à travers des actions d'information et de sensibilisation, de prévention et de réduction des risques, des formations d'étudiant-es, le développement et/ou la mise à disposition d'outils, ou encore l'accompagnement et l'orientation des demandes d'aide. L'asbl Univers santé est le premier service de promotion de la santé à avoir été créé au sein d'une université de Belgique francophone. Depuis lors, des services similaires se sont développés dans d'autres universités. Des «plans alcools» peuvent être spécifiquement développés de manière à lutter plus spécifiquement et efficacement contre les dommages liés à la consommation excessive d'alcool en milieu étudiant. Le fait de développer un service de promotion de la santé au sein d'une université facilite le développement et la réalisation de projets structurels et ambitieux, et permet de responsabiliser plus efficacement les autorités par rapport à l'influence qu'exercent le milieu étudiant et l'université sur le développement et l'entretien des pratiques de consommation à risque.

EXEMPLE DE BONNE PRATIQUE : LE PLAN ALCOOL DE L'UCL

En 2010, l'UCLouvain a lancé une vaste enquête afin d'identifier les pratiques de consommation d'alcool de la population étudiante. Les résultats ont permis de définir un plan stratégique et une série d'actions à mener pour favoriser la consommation d'alcool responsable. L'objectif est de réduire l'impact de l'alcool sur la santé, la vie sociale et la réussite académique des étudiant-es, à travers 5 axes de travail :

- Développer des modèles d'animation responsable et éthique (55 actions)
- Renforcer la prévention dans une approche de promotion de la santé (58 actions)
- Préciser le cadre législatif et conventionnel (21 actions)
- Analyser, évaluer et comprendre la consommation d'alcool en milieu étudiant ainsi que ses déterminants et la mise en œuvre des actions (29 actions)
- Peser sur la société (31 actions)

La mise en œuvre de ce plan a officiellement débuté en septembre 2016. Une nouvelle enquête sur la consommation d'alcool et d'autres drogues a été réalisée auprès des étudiant-es de l'UCLouvain en automne 2019. Elle devrait permettre d'évaluer l'impact de ce plan et de l'ajuster le cas échéant.

- Pour plus d'informations : www.univers-sante.be

LES INTERVENTIONS CIBLANT SPÉCIFIQUEMENT LES MOUVEMENTS DE JEUNESSE

Les mouvements de jeunesse (scouts, patro) constituent un milieu de vie dans lequel il est important de développer des stratégies de prévention par rapport à l'usage d'alcool, d'une part parce que ces rassemblements de jeunes sont propices à l'initiation et à l'expérimentation des premières ivresses (y compris chez les mineur-es, en particulier lors des camps, qui ne sont pas systématiquement encadrés par des adultes), et d'autre part parce que ces mouvements organisent régulièrement des soirées où la vente d'alcool constitue une ressource importante de financement pour leurs activités. Différentes stratégies de prévention et de réduction des risques que nous avons passées en revue peuvent donc très légitimement être déclinées dans ce milieu de vie. Les méthodologies les plus adéquates sont celles de la prévention par les pairs et celles qui promeuvent un encadrement des jeunes sur cette thématique (via des campagnes, l'adoption de chartes ou de règlements d'ordre intérieur...). Des groupes de travail spécifiques sur l'alcool existent dans les fédérations et constituent des leviers d'action à privilégier. Les Scouts Baden-Powell de Belgique font partie du réseau «Jeunes, alcool et société» et le mouvement se positionne en faveur de l'éducation à une consommation responsable³⁸⁸ et

.....
³⁸⁸ Cette approche pourrait toutefois être d'une efficacité limitée si elle est menée isolément, car la notion de consommation responsable est avant tout une stratégie de communication déployée par les alcooliers pour cautionner et valoriser la consommation d'alcool. Elle place en effet au premier plan la responsabilité individuelle au

modérée, tout en véhiculant le message que l'alcool n'est pas un élément indispensable pour faire la fête. Leur positionnement complet sur l'usage d'alcool et de produits psychotropes est disponible sur le site internet de la fédération³⁸⁹.

QUELQUES RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES POUR LES INTERVENANT·ES

La **Healthy Nightlife Toolbox** se présente sous la forme d'un site Internet qui propose de visibiliser des programmes *evidence-based* pour aider les décideurs locaux, régionaux et nationaux ainsi que les professionnel·les de la prévention dans leurs démarches visant à réduire les méfaits de la consommation d'alcool et de drogues dans les lieux de vie nocturne. Le site recense aussi la littérature scientifique portant sur ces interventions et d'autres publications sur ces thématiques. Une fiche d'information synthétise les caractéristiques de chaque programme de prévention (thématique, pays, année, niveau d'efficacité,...).

> <http://www.hntinfo.eu/>

Guindaille 2.0 vise à promouvoir la fête à moindre risque à travers une campagne de réduction des risques basée sur des pictogrammes qui diffusent des conseils pour sensibiliser les fêtards (e.g. alterner alcool et soft pour éviter l'ivresse excessive rester hydrater ; veiller les uns sur les autres) et met également en place un réseau de prévention par les pairs au sein des cercles étudiants (via la création d'une fonction «Délégués QG»). La campagne s'est également déclinée en différents outils d'animation (jeux twister, bache shooting, parcours du bourré, vidéos³⁹⁰...).

> <https://www.guindaille2-0.be/>

Les **kots-à-projet** sont des dispositifs qui permettent à des groupes d'étudiant·es vivant dans un logement communautaire de développer un projet mobilisateur ou de sensibilisation sur une thématique particulière. La thématique de l'alcool peut y être abordée spécifiquement.

Le «**parcours du bourré**» est un outil d'animation qui permet de simuler l'impact de l'alcool sur la vision. Il vise à susciter le dialogue et à sensibiliser les jeunes aux risques que l'altération des facultés visuelles entraîne.

> <https://www.univers-sante.be/project/parcours-du-bourre/>

La méthodologie **Boule-de-Neige** a été adaptée à la thématique de l'alcool par le CAL Luxembourg asbl, afin de sensibiliser les volontaires à la question de la consommation d'alcool et les former à la prévention par les pairs.

Cpas1option propose un ensemble d'outils (charte, guide, exemple de bonnes pratiques...) permettant de protéger la santé des étudiant·es, notamment lors de l'organisation de soirée

> <http://www.cpas1option.com/>

Quelques **vidéos** illustratives des interventions en milieu festif/étudiant en Belgique et en France

> «Quality Nights label 2017 - FR :»
<https://www.youtube.com/watch?v=bLJG5yh4Vqo>
(*Quality Nights*)

.....
détriment de l'information sur les risques, la prévention, la réduction des risques... Voir Rigaud, A., Basset, B. & Lecas, F. (2015). Décryptage de la com' des alcooliers: Avec Modération ! Paris: ANPAA.

389 <https://lesscouts.be/le-scoutisme/la-federation-les-scouts/nos-positions.html?L=0>

.....
390 <https://youtu.be/XpEObyKDZGs> (Effectomètre animé).

- «Réduction des risques liés à la consommation d'alcool en milieu étudiant» <https://www.youtube.com/watch?v=uHK4bFiXcb4> (*Drink different*)
- «Risques festifs et prévention : Forum des acteurs - Mutualité Française Pays de la Loire» <https://www.youtube.com/watch?v=iaMGmPmtpt4> (Mutualité Française)
- «Réduire les risques en milieu festif et sur internet» <https://www.youtube.com/watch?v=SOzuDwaRTfl> (Santé Publique France)
- «Risques festifs & prévention : T. Morel, AIDES, Angers - Mutualité Française Pays de la Loire» <https://www.youtube.com/watch?v=teJLznPPX5E> (Mutualité Française)

MOOC sur la prévention et la réduction des risques en milieu festif, abordant les différentes étapes à la mise en place d'un dispositif cohérent dans une perspective de promotion de la santé (risques, prévention et réduction des risques, produits, violences de genre, prévention sonore, stand de prévention, réglementation et responsabilité de l'organisateur-riche, formation et accompagnement de projet...).

- <https://www.lecollectifdesfestivals.org/2018/10/formation-en-ligne-prevention-et-reduction-des-risques-en-milieu-festif/>

Le projet «**Monte ta soirée**» est un dispositif développé en France par Avenir Santé, qui propose aux organisateur-rices de soirée des pistes utiles à la création d'une soirée à moindre risque.

- <https://montetasoiree.com/boite-a-outils/>

Home Party est un outil d'animation qui se présente sous la forme d'une fresque servant de support pour aborder avec les jeunes la thématique de la fête ainsi que les prises de risque associées.

- <https://www.anpaa-bretagne.fr/home-party/>

Éducation à la sexualité consentie : le consentement sexuel expliqué à l'aide d'une tasse de thé.

- «Consentement tasse de thé» https://www.youtube.com/watch?v=S-50iVx_yxU

Le **Portail des Centres de planning** agréés en Wallonie et à Bruxelles fournit des informations et ressources relatives à la vie sexuelle et affective (violences sexuelles, IST-VIH, contraception,...).

- <http://www.loveattitude.be/>

Quelques balises pour monter un **stand de prévention**.

- <https://www.lecrips-idf.net/miscellaneous/monter-stand-prevention.htm>

Réseau «Jeunes, alcool & société» : **site web** d'informations, d'**outils** et de **revendications** sur les consommations d'alcool

- <https://www.jeunesetalcool.be>

POUR EN SAVOIR PLUS

Association Française pour la réduction des risques (2012). *Réduction des risques en milieux festifs*. Référentiel national des interventions.★

Fédération Addiction (2013). *Intervenir en milieu festif*.★

Forum Européen pour la Sécurité Urbaine (2017). *Alcool, ville et vie nocturne. Pour une stratégie locale et transversale*.★

Fletcher, A., Calafat, A., Pirona, A. & Olszewski, D. (2010). Young people, recreational drug use and harm reduction. In T. Rhodes & D. Hedrich (Eds). *Harm Reduction: Evidence, Impacts and Challenges* (pp. 357-378). Luxembourg: Publications Office of the European Union.★

Herring, R., Thom, B., Beccaria, F., Kolind, T. and Moskalewicz, J. (2010). Alcohol harm reduction in Europe. Dans European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Rhodes, T. and Hedrich, D. (eds), Scientific Monograph Series No. 10, Publications Office of the European Union, Luxembourg.★

Walewyns, E. (2016). *Guide pratique pour aider à l'implantation d'un projet de réduction des risques liés à l'usage d'alcool en milieu étudiant*. Modus Vivendi : Bruxelles.★

Zamboni, L., Noijen, J., de Giuli, G., Spagnolli, A. & Gamberini, L. (2013). *Good Practice Standards for Serious Games in Nightlife Settings*. NEWIP.★

PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU PROFESSIONNEL

Relecture : Marie-Gabrielle Kerger (Pélican asbl) et Florence Renard et Laurence Petit (Alfa asbl)

On peut distinguer trois types d'usages ayant un impact sur la santé des travailleur-ses et la productivité : les usages privés ayant des répercussions sur le lieu de travail, les usages dans le cadre de l'entreprise, et les usages découlant des conditions de travail (stress, chaleur, efforts physiques, etc.) et de leurs impacts sur le bien-être et sur la vie privée. L'alcool, et plus particulièrement la consommation excessive, sont associés à une augmentation des risques d'arriver en retard au travail et de

partir plus tôt, aux problèmes disciplinaires, et à une baisse de la qualité du travail et de la productivité³⁹¹. Ils influent également sur l'adoption de comportements inappropriés voire abusifs (agressivité, harcèlement, vol, etc.) et ont un impact négatif sur le moral de l'équipe, l'ambiance de travail et les relations entre collègues. Enfin, la consommation d'alcool et la consommation problématique peuvent causer des accidents parfois mortels, ou entacher l'image de l'entreprise ou de la marque³⁹².

L'usage d'alcool (et de drogues, de manière générale) en milieu professionnel mérite qu'on y porte attention, en premier lieu parce qu'il peut être à l'origine d'un ensemble de problèmes socio-sanitaires à court et long terme ; ensuite parce qu'il augmente les risques d'accidents et de blessures, d'absentéisme et de

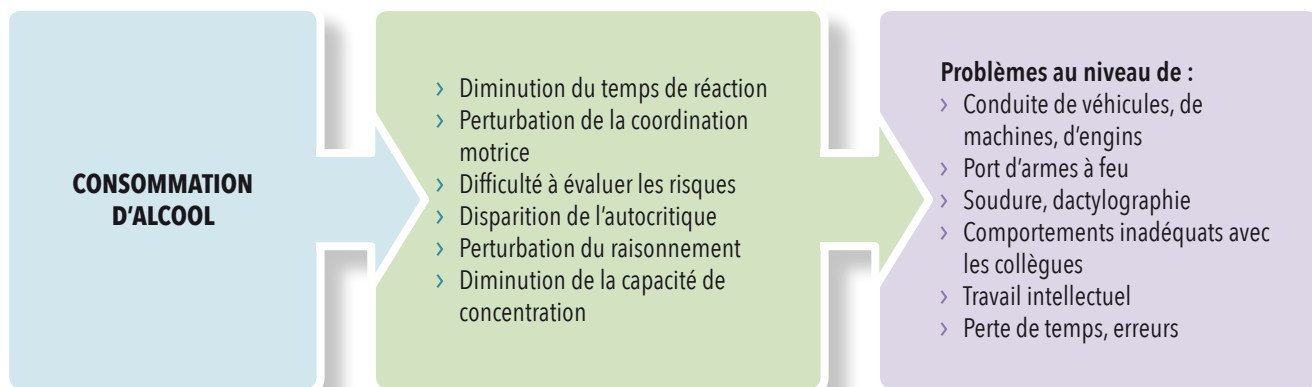
comportements inappropriés, et, de ce fait, peut avoir un coût économique considérable sur les employeur-ses, l'État et la société (voir chapitre 1.5). En troisième lieu, il est de bon ton de rappeler que les employeur-ses ont des obligations légales en termes de protection et de garantie de la bonne santé et de la sécurité de leurs employé-es. Le milieu professionnel a enfin un fort intérêt en matière de prévention puisqu'une grande partie de la population travaille et passe une partie importante de son temps sur son lieu de travail. La prévention en milieu professionnel permet donc de toucher de nombreuses personnes et avoir ainsi un impact positif sur les autres milieux sociaux et la société en général.

391 La littérature scientifique suggère d'ailleurs que la consommation d'alcool a davantage d'impact sur la productivité au travail que sur le nombre de jour de travail non prestés. Voir Anderson P, Møller L & Galea G (2012). op. cit.

392 Anderson P, Møller L & Galea G (2012). op. cit.

393 Formation de l'asbl Le Pélican «Alcool et autres drogues : implémentation d'une politique de prévention de l'alcool et autres drogues en entreprise» au SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, le 10 octobre 2016.

FIGURE 2 : RÉPERCUSSIONS DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL SUR LE TRAVAIL³⁹¹ :



D'après certaines études (voir par exemple INPES, 2012³⁹⁴), l'usage régulier et le mésusage d'alcool toucheraient certains secteurs plus que d'autres et concerneraient particulièrement les jeunes travailleur·ses et les travailleurs masculins de certains de ces secteurs (notamment les agriculteurs, conducteurs, ouvriers du bâtiment, serveurs et barmen, et les travailleurs manuels ou peu qualifiés), surtout en comparaison avec d'autres catégories professionnelles (les artisans, chefs d'entreprises, managers et professions intermédiaires).

En Belgique, une étude menée par l'Université de Leuven en 2016 a permis d'estimer la consommation de 5.367 employé·es³⁹⁵. Au cours de l'année précédant l'étude, 83 % des personnes interrogées ont déclaré avoir consommé de l'alcool. Parmi ces personnes, plus d'un tiers (37 %) en ont consommé au moins 2 à trois fois par semaine et une sur dix (11 %) au moins 4 fois par semaine. En termes de verres standards, 24 % des consommateur·rices ont bu au moins 3-4 verres standards les jours de consommation au cours de l'année précédente. Au cours de l'année précédente, 22,7 % des employé·es ont pratiqué le *binge drinking* au moins une fois par mois et 8,6 % l'ont fait au moins

une fois par semaine³⁹⁶. Cette pratique concerne surtout les jeunes hommes et les célibataires. 39 % des personnes ayant déclaré avoir consommé au cours de l'année précédente présentent un indice de consommation problématique (sur base du questionnaire AUDIT-C, comprenant 3 questions sur la consommation d'alcool). Les employé·es ayant un niveau d'éducation élevé consomment plus fréquemment et ont un score plus élevé au questionnaire AUDIT-C ; les employé·es ayant un niveau d'éducation bas rapportent davantage une consommation excessive et des problèmes liés à la consommation d'alcool. En particulier, 12 % des consommateur·rices ont lié leur consommation d'alcool à des conséquences négatives sur leur travail, notamment une performance irrégulière (5,1 %), un retard au travail (4,7 %), des conflits avec des collègues (3 %) et un accident du travail (1,4 %). De plus, 27,8 % des travailleur·ses ont déclaré observer des effets négatifs liés à la consommation d'alcool de leurs collègues.

LÉGISLATION BIEN-ÊTRE ET CONVENTION COLLECTIVE DE 2009

Tout·e employeur·se est soumis·e à la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail. Chaque organisation est donc dans l'obligation d'analyser les risques sur le lieu de travail et de prendre les mesures nécessaires afin de promouvoir le bien-être des travailleur·ses, y compris des mesures préventives en matière de consommation d'alcool et autres drogues. La Convention

collective de travail n°100, qui concerne les entreprises a été rendue obligatoire par l'arrêté royal du 28 juin 2009, contraint quant à elle les employeur·ses à mettre en place une politique de prévention en matière d'alcool et de drogues au sein de leur entreprise. Selon cette convention, la politique de l'entreprise doit d'abord être axée sur la prévention, avant de sanctionner les travailleur·ses dont la consommation d'alcool nuit à la santé, la sécurité et la productivité de l'entreprise.

STRATÉGIES EFFICACES ET BONNES PRATIQUES

Élaborer une politique de prévention et de maîtrise des problèmes liés à la consommation d'alcool sur le lieu de travail

L'élaboration d'une politique interne en matière d'alcool comporte plusieurs étapes³⁹⁷ :

1. État des lieux et, si possible, analyse des risques
2. Constitution et formation d'un groupe de travail représentatif et/ou concertation au sein des organes représentatifs de l'entreprise
3. Rédaction d'une charte et d'une déclaration d'intention
4. Travail sur les 4 piliers d'une politique : réglementation, rôles de chacun·e et procédures à suivre (c'est-à-dire «que faire en cas de...»), accès à une aide interne ou externe pour les consommateur·rices problématiques et pour les collègues impacté·es, et

394 INPES (2012). Baromètre santé 2010 consacré aux consommations de substances psychoactives en milieu professionnel. Paris : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé.

395 L'échantillon est représentatif de la population active belge, au regard du genre, de l'âge et du niveau d'éducation ; Lambrechts, Marie-Claire & Vandersmissen, Lieve & Godderis, Lode. (2019). *Alcohol and other drug use among Belgian workers and job-related consequences. Occupational and Environmental Medicine*. 76. 652-659.

396 Le *binge drinking* est ici défini comme la consommation d'au moins 4 verres standards pour les femmes et 6 verres standards pour les hommes sur une période de 2 heures).

397 Le Pélican asbl, brochure «Petit guide à l'usage des employeurs. Politique de prévention en matière d'alcool et autres drogues en milieu de travail».

- définition des actions (formation, sensibilisation, communication)
- 5. Approbation de la politique proposée
- 6. Mise en œuvre des mesures de formation, sensibilisation et communication (en matière de prévention et de promotion de la politique adoptée par l'entreprise)
- 7. Évaluation de la politique menée.

Le Bureau international du travail (1995) recommande que toute politique de maîtrise des problèmes d'alcool en milieu professionnel aborde les points suivants :

- Les mesures visant à atténuer les problèmes d'alcool et de drogues sur le lieu de travail par des bonnes pratiques en matière d'emploi, de gestion du personnel et d'organisation du travail, par une amélioration des conditions de travail et par des consultations entre la direction et les travailleur-ses ou leurs représentant-es ;
- Les mesures visant à interdire ou à restreindre l'accès à l'alcool et aux drogues sur le lieu de travail ;
- La prévention des problèmes liés à l'alcool et à la drogue sur le lieu de travail au moyen de programmes d'information, d'éducation, de formation et autres activités pertinentes ;
- L'identification, évaluation et orientation des personnes confrontées à des problèmes liés à l'alcool ou aux drogues ;
- Les programmes d'intervention, traitement et réadaptation des personnes confrontées à des problèmes liés à l'alcool ou aux drogues ;

BONNES PRATIQUES DE PRÉVENTION ET DE RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU PROFESSIONNEL ³⁹⁶

- Veiller au bien être des travailleur-ses et instaurer des conditions de travail favorables à leur santé globale
- Élaborer une politique en matière d'alcool claire et applicable, suivie par l'ensemble de l'entreprise (travailleur-ses et leur hiérarchie)
- Instaurer et préserver un dialogue social de qualité
- Mettre à disposition des travailleur-ses une aide gratuite, indépendante et confidentielle pour gérer et/ou traiter une consommation problématique
- Mettre en œuvre une procédure à appliquer en cas d'incident grave suite à la consommation éventuelle d'alcool
- Identifier les signaux et indicateurs d'alerte et de suivi
- Définir, en concertation, la liste des postes de sûreté et sécurité pour lesquels le dépistage médical peut être pratiqué
- Mobiliser et coordonner tous les acteur-rices concerné-es
- Former les travailleur-ses, les cadres, les médecins de travail, les agent-es de prévention et l'ensemble des acteur-rices concerné-es
- Mettre en place un système de pairs référents
- Développer les compétences sociales de l'ensemble des acteur-rices concerné-es
- Informer et sensibiliser sur les produits et les risques potentiels liés à la consommation d'alcool pour la santé et la sécurité des travailleur-ses et de leurs collègues
- Mener des interventions brèves qui respectent la confidentialité
- Limiter le nombre de boissons alcoolisées offertes dans le cadre du travail à des situations exceptionnelles
- Assurer l'offre d'eau, de boissons non-alcoolisées ou faiblement alcoolisées lorsque de l'alcool est servi
- Organiser des événements à des endroits et heures où la consommation d'alcool n'est pas attendue (petit-déjeuner, journées familiales, etc.)
- Développer un environnement professionnel «sans alcool»
- Ne pas autoriser la vente d'alcool sur le lieu de travail et ne pas utiliser l'alcool comme un cadeau, une récompense ou dans le cadre d'une collecte de dons
- Limiter ou réduire les contextes et situations professionnels pouvant favoriser la consommation d'alcool (stress, mauvais management, longues heures de travail, ennui, longs trajets, éloignement de la famille, culture d'entreprise, etc.)

.....
 398 Healthier Workplace Western Australia (s.d.). Best practice guide. Workplace health and wellbeing strategies ; La Documentation Française (2012). Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel. Guide pratique ; SPF emploi, Travail et Concertation sociale (2017). Alcool et autres drogues. Manuel pour une politique de prévention au travail ; Webb, G., Shakeshaft, A., Sanson-Fisher, R., & Havard, A. (2009). A systematic review of work-place interventions for alcohol-related problems, in *Addiction*, 104(3), 365-377.

- La réglementation concernant l'alcool et la drogue sur le lieu de travail, dont la violation pourrait motiver des interventions (orientation, traitement et réadaptation) et en dernier ressort des mesures disciplinaires (y compris un licenciement) ;
- L'égalité des chances pour les personnes qui sont ou ont été confrontées à des problèmes liés à l'alcool ou aux drogues, conformément à la législation et aux règlements nationaux.

Analyser des risques

Dans une perspective préventive, l'employeur-se analyse et évalue les risques que comporte la consommation d'alcool avant ou pendant les heures de travail sur la santé et la sécurité des travailleur-ses. Les caractéristiques de certains métiers entraînent un risque accru de consommation (abusivité) d'alcool. Les fonctions où la disponibilité d'alcool et/ou la fréquentation de personnes consommant de l'alcool sont fortes, s'accompagnent d'une consommation plus importante. C'est notamment le cas des métiers de l'Horeca, du commerce de l'alcool, du milieu de la nuit, etc. Il en est de même pour les fonctions où la consommation d'alcool facilite les contacts sociaux et fait partie de la culture du métier (milieu des affaires, monde du spectacle, rites initiatiques, métiers dangereux, etc.). Les métiers pénibles ou à risque favorisent ou aggravent la consommation d'alcool (stress, conditions thermiques ou climatiques extrêmes, nuisances sonores ou olfactives, vibrations, travail de nuit ou horaires décalés) ; les fonctions dangereuses, notamment, où il ne faut pas manifester sa peur ou son anxiété, et lutter contre le stress (pilotes, policier-es, pompier-es, etc.), sont concernées.

➤ **Outils d'évaluation des risques** en ligne (OiRA) de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail : <https://oiraproject.eu/fr>

➤ **Questionnaire Q-ADO** en ligne pour évaluer la politique menée au sein de l'entreprise (asbl Le Pélican) : <https://www.alcooldroguesautravail.com/>

➤ **Indicateur d'alerte des risques psychosociaux au travail** : mode d'emploi et outil. SPF Emploi, Travail et Concertation sociale (2015) : <http://www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=44167>

De nombreux facteurs peuvent jouer sur la consommation d'alcool des travailleur-ses : le déracinement périodique ou de longue durée qui coupe les relations sociales, familiales, sexuelles normales (marins, conducteur-rices de camions, etc.), les tâches effectuées dans des atmosphères chaudes, sèches ou poussiéreuses qui donnent soif, les travaux qui requièrent un effort physique important et où l'alcool trompe la fatigue, ou encore les horaires de travail atypiques ou décalés (travail de nuit, travail à pause, où la consommation d'alcool combat la fatigue et/ou aide à trouver le sommeil).

Il existe également un lien entre consommation abusive et organisation du travail. Le manque de personnel, la pression à la productivité et au respect de deadlines courtes, la monotonie des tâches et l'ennui, le stress, les heures supplémentaires et les longues journées de travail, le manque de supervision ou encore l'insécurité et

l'instabilité d'un poste ou d'une entreprise entraînent une plus grande consommation (en termes de fréquence et de volume). Enfin, les relations interpersonnelles jouent un rôle non négligeable en tant que facteurs de risque. Le manque de soutien des cadres et des collègues, une mauvaise ambiance de travail ou un contexte fortement concurrentiel, un encadrement faible, un manque de reconnaissance et les tensions peuvent favoriser une consommation excessive d'alcool. La taille de l'organisation peut aussi avoir un impact : en effet, plus le nombre de collègues est élevé, plus le risque de consommation sociale augmente (en interne et en externe)³⁹⁹.

Il convient également de mentionner le rôle des évolutions récentes du monde du travail, dont l'une des principales conséquences est l'accroissement de la pression exercée sur les travailleur-ses (culte de la performance et de l'excellence, exigence de productivité accrue avec des moyens et effectifs restreints, suppression de postes, etc.). La consommation d'alcool (et d'autres drogues) avant, pendant ou après les heures de travail, permet de pallier ou soulager les effets négatifs de ce contexte (stress, fatigue, irritabilité, etc.), et donc de répondre à ces injonctions.

..... -
399 SPF emploi, Travail et Concertation sociale (2017).
Op. Cit ; Service de santé au travail multisectoriel
(s.d.) Alcool, drogue, médicaments au travail.
La prévention sans modération ! Luxembourg :
Luxembourg.

OUTILS SPÉCIFIQUES À CERTAINS MÉTIERS À RISQUE

- **Charte** régionale «Hygiène de vie et sécurité routière – Prévention des addictions dans le transport routier» (en français) : <http://www.ort-occitanie.com/spip.php?article185>
- **Guide** pour les jeunes travailleur-ses, par profession à risque (en anglais) : <https://www.rti.org/sites/default/files/resources/bk-0005-1103-cluff.pdf>
- **Initiatives** menées en Europe dans les secteurs de la pêche, de la construction et du transport (en anglais) : <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2012/use-of-alcohol-and-drugs-at-the-workplace>

Améliorer l'environnement de travail

Une fois identifiés, les employeur-ses peuvent mettre en œuvre des mesures pour changer les facteurs environnementaux encourageant ou provoquant une augmentation de la consommation d'alcool ou le développement d'une consommation problématique. Il peut s'agir de diminuer la disponibilité de boissons alcoolisées, de réduire les exigences ou charges de travail, ou encore d'améliorer les conditions de travail (médiations pour réduire les tensions au sein de l'équipe, répartition des tâches équilibrée, protections antibruit, etc.). Ces mesures n'ont cependant qu'un impact sur les consommations liées à l'environnement professionnel. Or, une consommation

problématique d'alcool peut (aussi) reposer sur ou être entretenue par des éléments personnels et privés. Il est donc nécessaire de compléter de telles initiatives par d'autres mesures d'information et formation, et de gestion des problématiques individuelles.

Informer et former

Les activités d'information, de sensibilisation ou de formation ont un format et un contenu adaptés aux besoins de l'organisation et au public cible (travailleur-ses, cadres, médecins de travail, etc.). L'EMCDDA invite d'ailleurs à les intégrer à des programmes plus larges de promotion de la santé et du bien-être au travail⁴⁰⁰. L'entreprise peut faire appel à des intervenant-es extérieur-es afin de mener les formations et élaborer une politique interne (en Belgique, les services externes pour la prévention et la protection au travail, de même que l'asbl Le Pélican remplissent notamment ce rôle). Lors de ces activités, il est recommandé que les intervenant-es :

- Expliquent ce qu'on entend par drogues légales et illégales, y compris l'alcool, et informent sur les risques et conséquences liées à leur consommation (abusives) ;
- Abordent les préjugés et déconstruisent les idées reçues et erronées au sujet de consommation (problématique) d'alcool ;
- Forment à reconnaître les signaux indiquant une consommation (problématique) d'alcool (par exemple : augmentation de l'absentéisme, implication plus fréquente dans des accidents de travail, erreurs par manque d'attention, etc.)
- Informent sur l'existence d'une politique de l'organisation en matière d'alcool ;

- Rappelent le rôle de chacun-e (y compris celui du service de santé au travail) et les procédures à suivre ;
- Expliquent la différence entre signaler et dénoncer ;
- Rappelent les obligations en matière de respect de la confidentialité et du secret médical ;
- Informent sur l'aide existante en sein et en dehors de l'entreprise pour les consommateur-rices problématiques⁴⁰¹.

Il est par ailleurs important d'adopter une logique préventive plutôt que répressive et de sanction. De même, une approche non-jugeante et non-culpabilisante est recommandée, ainsi qu'une approche par le dysfonctionnement au travail (plutôt que par le biais des problèmes personnels).

Tests d'alcoolémie

La Convention collective de travail n°100 autorise les employeur-ses à recourir à des tests de dépistages d'alcool et de drogues, à condition de respecter un certain nombre de conditions légales. Le soin est laissé à l'entreprise d'évaluer si de tels tests sont utiles et réalisables chez elle, mais cela requiert l'élaboration d'étapes préalables. L'entreprise doit en effet 1) déterminer les points de départ et les objectifs de la politique préventive en matière d'alcool et de drogues dans son entreprise et élaborer une déclaration de politique ou d'intention contenant les grandes lignes de cette politique et 2) rédiger des règles pour l'ensemble du personnel, déterminer les procédures suivies en cas de constatation de dysfonctionnement au travail, et déterminer

400 http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/briefings/workplace_en

401 SPF emploi, Travail et Concertation social (2017). Op. Cit. ; La Documentation Française (2012). Op. Cit.

la méthode de travail et la procédure suivie en cas de constatation d'une incapacité de travail. La politique ne peut donc pas consister uniquement en l'application de tests de dépistage.

Les conditions légales comprennent notamment :

- › Les tests poursuivent un but préventif ;
- › L'employeur-se signale dans sa déclaration de politique ou de prévention son intention d'introduire les tests de dépistages ;
- › Les modalités d'application des tests sont déterminées au préalable et connues des travailleur-ses (au moyen du règlement de travail, notamment) ;
- › Un test d'alcoolémie doit viser un but légitime (afin de garantir la sécurité des travailleur-ses, par exemple) ;
- › L'exécution d'un test doit être proportionnelle au but préventif visé et donc uniquement avoir lieu quand d'autres mesures moins intrusives ne suffisent pas à garantir la sécurité des travailleur-ses ;
- › Les tests ne peuvent pas être intrusifs et les employeur-ses ne peuvent utiliser des tests réservés aux médecins (peuvent donc être effectués les tests d'haleine non étalonnés et les tests psychomoteurs) ;
- › Le ou la travailleur-se doit être informé-e au préalable et consentir au test ;
- › Le résultat du test peut être un élément dans le jugement global du fonctionnement du travailleur-se testé-e. En soi, un résultat de test positif ne suffit pas à justifier une sanction de la part de l'employeur-se ;
- › Les résultats individuels des tests d'haleine ne peuvent être notés ou enregistrés, cela étant contraire à la législation sur la vie privée ;

- › Les conseiller-es de prévention et les médecins du travail sont indépendant-es vis-à-vis de l'employeur-se et des travailleur-ses⁴⁰².

Il faut noter que, contrairement aux tests pratiqués en médecine du travail et soumis par conséquent au secret médical⁴⁰³, le résultat du test pratiqué dans le cadre de la CCT n°100 est connu de l'employeur-se ; les tests pratiqués dans ce cadre le sont par des membres du personnel désigné-es à cette fin qui disposent des compétences et des moyens nécessaires.

Les tests biologiques doivent être exercés par des conseiller-es en prévention-médecins du travail. Ceux-celles-ci interviennent dans le cadre de l'Arrêté royal du 28 mai 2003 qui stipule que seul-es les travailleur-ses exerçant un poste de sécurité, à vigilance accrue ou à risque défini peuvent être soumis-es aux évaluations de santé obligatoires. Dans les cas où la consommation d'alcool peut être un facteur augmentant les risques inhérents à un poste ou une activité (conduite de machine, port d'armes, contrôle d'une centrale nucléaire, etc.), les conseiller-es de prévention et médecins de travail peuvent vérifier si le-la travailleur-se est sous influence.

Intervenir auprès d'un travailleur-se sous influence ou soupçonné-e d'avoir une consommation abusive d'alcool

Un-e employeur-se ne peut obliger un-e travailleur-se à se faire aider. Il-elle peut néanmoins l'informer de la possibilité de consulter en toute confidentialité un-e conseiller-e en prévention (aspects psychosociaux, médecin du travail) ou un-e autre intervenant-e en interne (ex. : personne de confiance, assistant-e social-e, etc.) ou externe.

L'employeur-se confronté-e à un-e travailleur-se sous influence et/ou inapte au travail (que ce soit ponctuel ou chronique) a l'obligation de lui interdire de commencer ou continuer à travailler, dans la mesure où il ou elle pourrait présenter un danger pour sa sécurité ou celle de ses collègues. L'employeur-se peut confier une tâche moins risquée ou faire raccompagner le travailleur-se à son domicile.

Il est largement recommandé d'aborder la question d'une potentielle consommation abusive d'alcool par l'angle du dysfonctionnement au travail (manquements, erreurs, retards, comportements inappropriés, etc.), plutôt que par celui d'un problème d'alcool ou de problèmes personnels. Ainsi, après avoir collecté un certain nombre d'indices factuels, le ou la responsable hiérarchique ou des ressources humaines peut convoquer un premier entretien au cours duquel sont abordés les aspects professionnels. Le ou la responsable :

- › Relève les faits observés
- › Demande des explications et des éclaircissements
- › Écoute les arguments et les raisons évoquées

.....
402 SPF emploi, Travail et Concertation social (2017).
Op. Cit.

403 Loi du 28 janvier 2003 relative aux examens médicaux dans le cadre des relations de travail

- › Rappelle les exigences du poste
- › Informe du déroulement de la procédure (si elle existe)
- › Formule son inquiétude
- › Exprime ses attentes
- › Fixe des objectifs d'amélioration en fonction des dysfonctionnements observés
- › Pose un délai
- › Agence la date du prochain entretien
- › Notifie l'ensemble par écrit
- › Le signe et le fait cosigner par la personne concernée.

Il est recommandé de fixer un entretien de suivi afin d'effectuer une évaluation de l'évolution de la situation. Dans le cas où celle-ci n'a pas connu d'amélioration, le ou la responsable fera le point par rapport aux changements nécessaires attendus. Si des sanctions devaient à un moment être prises, ce sera toujours par rapport aux dysfonctionnements constatés. Le ou la responsable cherchera à élaborer des propositions constructives, et un projet d'aide et d'accompagnement peut être proposé au travailleur·se⁴⁰⁴. L'entreprise peut évidemment faire appel à des intervenant·es externes afin d'accompagner le processus. Dans tous les cas, la personne menant les entretiens doit être attentive à son attitude verbale et non-verbale.

GUIDES POUR LES CADRES ET COLLÈGUES

- › Addiction Suisse (2014). *Alcool au travail : savoir réagir. Un guide pour les cadres*. Suisse : Lausanne★
- › Addiction Suisse (2012). *Problèmes d'alcool en milieu professionnel. Quelques pistes pour les collègues*. Suisse : Lausanne★
- › Le Pélican asbl. «*Alcool, tabac, autres drogues et travail : petit cocktail d'informations.*»

POUR EN SAVOIR PLUS

Bureau international du travail (1995). *Prise en charge des questions d'alcoolisme et de toxicomanies sur le lieu de travail*. Suisse : Genève★

Conseil national du travail (2009). *Une politique préventive en matière d'alcool et de drogues dans l'entreprise*. La concertation au service de la prévention. Convention collective de travail n°100. Belgique : Bruxelles★

Dawson, J, Rodriguez-Jareño, MC, Segura, L et Colom, J. (2013). *Vademecum de l'European Workplace and Alcohol pour les interventions liées à l'alcool sur le lieu de travail*. Département de la Santé du gouvernement de Catalogne : Barcelone★

Healthier Workplace Western Australia (s.d.). *Best practice guide*. Workplace health and wellbeing strategies★

La Documentation Française (2012). *Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel*. Guide pratique★

Le Pélican asbl (s.d.). *Petit guide à l'usage des employeurs*. Politique de prévention en matière d'alcool et autres drogues en milieu de travail★

Service de santé au travail multisectoriel (s.d.). *Alcool, drogue, médicaments au travail. La prévention sans modération !* Luxembourg : Luxembourg★

SPF emploi, Travail et Concertation social (2017). *Alcool et autres drogues*. Manuel pour une politique de prévention au travail★

.....
404 Rappelons que la recherche d'aide concernant une consommation problématique relève toujours d'une démarche volontaire.

PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU SPORTIF

Relecture : Jérémy Baré (Teignouse asbl)

Sport et consommation d'alcool sont largement associés dans les pays occidentaux et occidentalisés. L'alcool peut accompagner la pratique d'un sport (par exemple, les courses ou randonnées au cours desquelles il y a des étapes «dégustation», ou la consommation parmi les supporter-rices) ou la clôturer (fêter une victoire, se remettre d'une défaite, passer un moment convivial après l'effort ou un entraînement, etc.).

Les individus investis dans le milieu sportif, en tant que sportif-ves ou supporter-rices, ont une consommation plus élevée et sont davantage susceptibles d'avoir une consommation à risque que les personnes non investies⁴⁰⁵. L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) épingle l'existence d'une courbe en «U» entre la pratique extrascolaire d'un sport et la consommation d'alcool. De fait, les jeunes français-es qui ne font pas de sport et ceux-celles qui en font beaucoup (4 heures et plus, par semaine) consomment

davantage que ceux-celles ayant une pratique modérée. La pratique d'un sport étant une occasion de socialiser, de sortir et de se soustraire à l'autorité des adultes, la pratique intensive multiplie ces opportunités de boire chez les jeunes. Et ce phénomène concerne particulièrement les filles. L'OFDT s'est également penchée sur la fréquence des signes de dépendance à l'alcool parmi les 20-75 ans⁴⁰⁶. Chez les hommes, la fréquence de ces signes baisse lorsque la pratique sportive augmente (de 16 % à 12 %) ; elle augmente pour les femmes (de 4 % à 8 %)⁴⁰⁷. Les épisodes de forte alcoolisation, chez les sportif-ves et les supporter-rices, sont associées à des niveaux plus élevés de dommages, tels que des agressions, des violences et des destructions de biens⁴⁰⁸. Les connaissances en ces matières sont encore partielles, et nombre de chercheur-es recommandent de se pencher sur le lien entre la consommation d'alcool et les différentes disciplines sportives, ainsi que sur celui entre les différents niveaux de performance et usage d'alcool⁴⁰⁹.

Cette propension à une consommation plus importante voire excessive trouve son fondement dans plusieurs explications psychologiques, culturelles et économiques. D'abord, la consommation d'alcool peut servir à gérer l'anxiété ou le stress liés aux exigences performatives de certains sports. La recherche de sensations fortes, en tant que trait de caractère commun à certain-es sportif-ves, constitue également un facteur de vulnérabilité au développement d'une dépendance à l'alcool. Ensuite, la ritualisation associée aux événements sportifs implique une certaine indulgence vis-à-vis de la consommation d'alcool, celle-ci étant davantage acceptée et même attendue. Le sport est un milieu culturel où la virilité (des hommes et des femmes) et la consommation excessive d'alcool sont communes, profondément associées et très souvent valorisées. Certains sports hypermasculinisés, où l'esprit d'équipe et de cohésion sont importants, valorisent la consommation (excessive) d'alcool et la capacité à la contrôler, deux symboles forts de virilité. De plus, les boissons alcoolisées constituent souvent des prix ou récompenses au sein du milieu sportif ; ceci s'explique par l'association culturelle entre fête et alcool, mais aussi par les nombreux sponsorings des producteurs d'alcool. Les alcooliers investissent en effet beaucoup de moyens et d'énergie dans le marketing et la promotion de leurs produits et de leur marque au sein du milieu sportif (dans les

405 Kingsland et al. (2016). Interventions in sports settings to reduce alcohol consumption and alcohol-related harm: a systematic review, in *Systematic Reviews*, 5:12.

406 Pour repérer les signes de dépendance, le test DETA a été utilisé. Les signes de dépendance sont considérés existants à partir de deux réponses positives aux questions : *Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?*

407 OFDT (2001). Pratiques sportives et usages de produits psychoactifs, de l'adolescence à l'âge adulte, in *Tendances*, n°13. Paris : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

408 Kingsland et al. (2016). Op. Cit.

409 Kwan et al. (2014). Sport participation and alcohol and illicit drug use in adolescents and young adults: A systematic review of longitudinal studies, in *Addictive Behaviors*, 39, 497-506.

stades, les clubs, les pages de publicité, sur les maillots de joueurs-ses, etc.)^{410,411,412}.

ALCOOL ET SANTÉ DES SPORTIF-VES

L'alcool a un impact sur la fonction métabolique, la fonction de thermorégulation et sur les habiletés psychomotrices. Les personnes qui pratiquent un sport sous l'influence de l'alcool sont moins endurantes et ont davantage de risque de se blesser et de subir des blessures graves. La consommation d'alcool augmente notamment le risque d'accidents liés aux sports motorisés, ainsi que les risques d'agressivité et de violence.

La consommation d'alcool affecte également la récupération métabolique. L'exercice soutenu d'une activité physique déshydrate et puise dans les réserves de glycogène (sucre) situées au niveau du foie et des muscles. Après l'effort, il est donc important de reconstituer ces réserves d'eau et de sucre. Or, la consommation excessive d'alcool peut retarder la resynthèse du glycogène (les sportif-ves oubliant ou négligeant d'absorber des aliments riches en glucides) et la réhydratation. La consommation (excessive) d'alcool impacte enfin la qualité du sommeil et le bien-être

physique et mental, influençant directement et indirectement la performance et la capacité de récupération⁴¹³.

L'alcool (l'éthanol) est officiellement interdit en compétition dans certaines disciplines, notamment pour des raisons de sécurité (principalement les sports motorisés, c'est-à-dire l'aéronautique, l'automobile, la motonautique). Il est également interdit pour le tir à l'arc, car de faibles quantités d'alcool peuvent diminuer le tremblement musculaire et ainsi améliorer la performance des tireur-ses.

RECOMMANDATIONS ET ENJEUX

Le milieu sportif est un haut lieu de consommation et d'exposition à l'alcool. Aussi, et compte tenu des risques liés, il est largement recommandé de mettre en place des interventions visant à réduire la consommation excessive au sein du milieu sportif, et ce, afin de réduire le niveau de consommation et les dommages liés à l'alcool^{414,415}. Force est de constater, cependant, que relativement peu de dispositifs sont actuellement mis en place et qu'il existe peu de recherches scientifiques sur leur efficacité.

Le milieu sportif a pourtant un grand potentiel en matière de promotion de la santé et de prévention. En premier lieu,

parce que le sport est associé à la santé et à la forme physique. Ensuite, parce qu'il rassemble un grand nombre de personnes (dans les clubs, dans les stades, dans les cafés, etc.), dont une partie n'est pas habituellement touchée par les programmes de promotion de la santé et de prévention des assuétudes. De plus, le sport se construit souvent autour de figures charismatiques (voire héroïques) ayant un rôle de modèle fort et influent (les coaches, les sportif-ves «star»).

Le potentiel éducatif du milieu sportif est cependant terni par des enjeux économiques. Le secteur alcoolier profite largement de l'image positive du sport, des figures héroïques, de l'esprit d'équipe et des émotions agréables qui l'accompagnent, pour visibiliser leur marque et enrober leurs produits d'une aura positive, conviviale et saine. Les alcooliers sont ainsi des sponsors importants des équipes sportives, de certains tournois, stades et clubs, au point qu'ils donnent l'impression d'être indispensables à la pérennité de certains clubs, dont l'économie repose essentiellement sur les profits générés par leur buvette et la consommation d'alcool⁴¹⁶.

410 Educ'Alcool (2016). *Alcool et santé. L'alcool et l'activité physique*. Canada, Québec.

411 Kingsland et al. (2013). Alcohol consumption and sport: a cross-sectional study of alcohol management practices associated with at-risk alcohol consumption at community football clubs, in *BMC Public Health*, 13: 762.

412 O'Brien K., Forrest W., Greenlees I., Rhind D., Jowett S., Pinsky I., Espelt A., Bosque-Prous M., Sonderlund A., Vergani M., Iqbal M. (2017). Alcohol consumption, masculinity, and alcohol-related violence and anti-social behaviour in sportspeople, in *Journal of Science and Medicine in Sport*.

413 Pour davantage de détails, voir Educ'Alcool (2016). Op. Cit.

414 World Health Organisation. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organisation; 2011.

415 Kingsland et al. (2016). Op. Cit.

416 À titre d'exemple, la marque de bière Jupiler sponsorise depuis de nombreuses années la Pro League, au point que le Championnat de Belgique de football porte le nom de Jupiler Pro League. Jupiler sponsorise également plusieurs clubs de foot.

STRATÉGIES EFFICACES ET BONNES PRATIQUES

L'un des principaux facteurs de risques de consommation (excessive) d'alcool en milieu sportif est l'omniprésence de l'industrie alcoolière. Le sponsoring touche aussi bien les sportif-ves que les équipes et les clubs et se présente notamment sous forme de boissons gratuites ou à prix réduit. L'offre d'alcool est donc particulièrement importante au sein des clubs et des stades. Il convient dès lors et en premier lieu de mettre en place les dispositifs de prévention et réduction des risques qui s'appliquent à tout lieu de haute consommation d'alcool (par exemple : ne pas servir de l'alcool aux personnes déjà ivres, éviter d'offrir des boissons gratuites ou à bas prix, proposer des boissons non alcoolisées, sensibiliser à l'importance du respect de l'âge minimum légal, etc. voir chapitre 4.5).

Le rôle éducatif du sport et des clubs sportifs auprès des jeunes

La pratique d'un sport et la participation à un club sportif peuvent constituer des facteurs de protection face aux risques liés à l'alcool et aux drogues de manière générale, et ont dès lors un véritable intérêt en termes de prévention. Le sport chez les jeunes peut notamment se traduire par un renforcement de l'estime de soi, une meilleure gestion du stress, de meilleurs résultats scolaires et de meilleures relations familiales⁴¹⁷. Il faut cependant tenir compte que l'alcool est intimement lié au sport et que la pratique sportive peut comporter des éléments de risque en matière d'usage problématique

417 Brettschneider, W. (1999). *Psychological outcomes and social benefits of sport involvement and physical activity implications for physical education*. Sommet mondial sur l'éducation physique, Berlin.

BONNES PRATIQUES DE PRÉVENTION ET DE RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU SPORTIF⁴¹⁶

Au niveau individuel :

- Ne pas consommer de l'alcool avant ou pendant une activité sportive
- Après l'effort, boire d'abord de l'eau ou une boisson hydratante, et prendre un repas riche en glucides et en protéines
- Respecter les recommandations pour une consommation à moindre risque (max. 2 verres standards d'alcool par jour ; max. 10 verres standards par semaine)

Au niveau collectif :

- Créer des environnements sportifs propices à la promotion de la santé (y compris le service et l'usage responsables d'alcool) et au bien-être (*fairplay*, respect de l'adversaire, lutte contre le stress, etc.)
- Mettre en place des labels du type «Good sports» (voir ci-après)
- Interdire la consommation d'alcool au sein des stades (par texte légal ou à l'initiative du stade)
- Sensibiliser à l'importance du respect de l'âge minimum légal
- Restreindre ou cesser le sponsoring par les marques de boissons alcoolisées
- Restreindre la disponibilité et l'offre de boissons alcoolisées en permanence ou à certaines occasions (notamment les activités sportives destinées aux jeunes)
- Limiter ou interdire les récompenses ou prix sous forme d'alcool
- Limiter ou cesser les «jeux à boire»
- Déconstruire les représentations liées à la masculinité et la virilité (auprès des hommes et des femmes)

(par exemple, le stress engendré par la compétition et la pression à la performance).

De fait, la propension du sport à réduire ou amplifier les risques et dommages

liés à l'alcool dépend des conditions dans lesquelles le sport est pratiqué et du système de valeurs diffusé par les différentes sphères d'influence dans lesquelles les sportif-ves évoluent (la société, la communauté, l'équipe, le club). Et dans un contexte sociétal et économique qui utilise l'image du-de la sportif-ve pour vendre des produits (y compris de l'alcool) et valorise la compétition et la réussite, les clubs et communautés constituent des havres au sein desquels d'autres messages et valeurs peuvent prévaloir. Les bonnes conditions pour la pratique saine d'un sport sont celles où le *fairplay* (respect des coéquipier-es et

418 EducAlcool (2016). Op. Cit. ; Kingsland et al. (2013). Op. Cit. ; O'Brien K. et al. (2017). Op. Cit. ; Kingsland M, Wolfenden L, Tindall J, et al. (2015). Tackling risky alcohol consumption in sport: a cluster randomised controlled trial of an alcohol management intervention with community football clubs, in *J Epidemiol Community Health*, 69:993-999. ; Drygas et al. (2011). Good practices and health policy analysis in European sports stadia: results from the "Healthy Stadia" project, in *Health Promotion International*, Vol. 28 No. 2

entraîneur-ses, de l'adversaire, de soi-même et du jeu) prime sur toute autre valeur et où la qualité des gestes et actions prend le pas sur le fait de perdre ou gagner⁴¹⁹.

Le monde du sport regorge de disciplines, qui chacune est porteuse de différentes compétences psychosociales et aptitudes susceptibles de réduire les risques et dommages liés à l'alcool (communication, gestion des conflits, autodiscipline, autonomie, collaboration, etc.).

Interdire le sponsoring lié à l'alcool

Le sponsoring des événements et dispositifs sportifs offre une large visibilité et une image positive à l'industrie de l'alcool. Le placement de ses marques sur les tenues des sportif-ves, dans le décor des stades et clubs, et dans les publicités encadrant la diffusion des événements à la télévision, lui permet de contourner toute restriction en matière de publicité et d'atteindre un large public (y compris des enfants et adolescent-es). Les alcooliers profitent également du caractère galvanisant et des émotions fortes liées au sport pour ancrer leurs produits dans la mémoire des spectateur-rices et des sportif-ves. De plus, l'association d'une activité saine à un produit nocif pour la santé, tel que l'alcool, lui donne une image moins malsaine et plus acceptable.

Certains pays ont adopté de fortes restrictions en matière de sponsoring, notamment la France, la Norvège et la Turquie. Ce type de restriction doit toutefois s'accompagner de mesures économiques

.....
419 UNODC (2003). Sports. Le sport au service de la prévention de l'abus de drogues. Office contre la drogue et le crime des Nations-Unies, New York.

COMMENT METTRE LE SPORT AU SERVICE DE LA PRÉVENTION DE L'ABUS DE SUBSTANCES CHEZ LES JEUNES⁴¹⁸

Plusieurs voies peuvent être empruntées pour faire de la prévention auprès des jeunes dans un cadre sportif :

- › Pratiquer le sport dans un bon état d'esprit, notamment via l'élaboration participative d'un code de conduite et l'investissement de l'ensemble des adultes en contact avec les jeunes ;
- › Apporter des informations (via des personnes crédibles aux yeux des jeunes, sans prêcher ni faire la morale) et une formation pour l'acquisition de savoir-faire vitaux (des jeunes et des personnes relais qui les soutiennent) ;
- › Améliorer la vie de la collectivité grâce au sport, sur base d'une dynamique donnant-donnant et en commençant par traiter des questions pertinentes pour les jeunes.

Le meilleur choix dépend du contexte, des objectifs poursuivis et des ressources de l'organisme de prévention ou du club. Il est important de noter qu'il est préférable de ne pas imposer un sport ou de forcer à la participation, et de travailler en collaboration avec les jeunes. Enfin, il est central d'accorder une attention particulière au choix et au bien-être des entraîneur-ses.

visant à compenser la perte financière des milieux sportifs, par le renforcement des financements publics et/ou par la conclusion de nouveaux parrainages (avec l'assistance des pouvoirs publics).

Les labels «Good sports»

Comportant des similitudes avec les labels de qualité octroyés en milieu festif, les programmes «Good sports» s'adressent aux clubs de sport communautaires australiens afin de diminuer les risques liés à la consommation d'alcool. Les déterminants sur lesquels il est proposé d'agir sont la disponibilité et le prix des boissons, la formation du personnel, la promotion des boissons non-alcoolisées et la limite du sponsoring par les marques de boissons alcoolisées. Ces interventions sont classées par niveaux de qualité et concernent aussi

bien les joueurs féminins et masculins, que les encadrant-es et les supporter-rices.

Ces programmes s'inscrivent généralement dans une politique de santé plus large qui comprend la mise à disposition de repas équilibrés, de boissons non sucrées, et la promotion des fruits et légumes⁴²¹. L'évaluation du programme relève une réduction des consommations d'alcool à risques et une diminution des dommages liés à l'alcool⁴²².

Le programme repose sur deux éléments complémentaires : il valorise le rôle éducatif des clubs et les considère comme des acteurs économiques. Le label se présente

.....
421 Saal C. (2018). Les clubs sportifs : quelles stratégies de prévention face au lobby alcoolier ? in *Drogues, santé, prévention*, n°81, Prospective jeunesse asbl.

422 Kingsland M, Wolfenden L, Tindall J, et al. (2015). Op. Cit.

.....
420 UNODC (2003). Op. Cit.

INTERVENTIONS «GOOD SPORTS»	NIVEAU 1	NIVEAU 2 + NIVEAU 1	NIVEAU 3 + NIVEAU 2
Conditions d'obtention du label	› Eau disponible › Service responsable d'alcool : – Identifier les client-es ivres et ne pas les servir – Limiter les doses d'alcool lors des préparations – Aider les personnes en difficultés à la suite d'un usage excessif d'alcool › Pas de cigarettes à l'intérieur	› Pas de <i>shots</i> › Pas de boissons au pourcentage d'alcool supérieur à 5 % › Tarifs incitant pour les boissons non-alcoolisées › Nourriture disponible › Stratégie de retour à domicile › Pas de jeux de boissons › Pas de promotion pour boissons alcoolisées	› Pas de sponsor lié au secteur de l'alcool › Développer une ambiance familiale › Diffuser une politique claire concernant les boissons alcoolisées auprès des membres › Prévention spécifique pour les mineur-es › Prévention spécifique pour les usager-es problématiques

comme un coup de pub pour le club, de même qu'une opportunité de séduire de nouveaux membres grâce à une image saine, de renforcer la visibilité du club, et d'augmenter les rentrées financières. Il encourage et soutient également les clubs dans la recherche de nouveaux sponsors qui ne sont pas liés au secteur de l'alcool, rendant progressivement les recettes des clubs indépendantes de la vente de boissons alcoolisées. Il est important de noter que le succès du programme repose sur le soutien financier et politique du gouvernement australien⁴²³. Cet élément est important dans la mesure où la vente d'alcool permet de générer des rentrées financières qui contribuent à la survie des clubs sportifs.

En Europe, l'association faîtière du sport suisse *Swiss Olympic* a mis en place le programme de prévention «Cool and clean» en faveur d'un sport propre, fair-play et performant, à destination des

jeunes sportif-ves (au sein de structures organisées). L'objectif du programme est de réduire ou empêcher totalement la consommation de substances altérant la santé, à prévenir la violence et à encourager la loyauté. Les moniteur-rices sont formé-es à identifier précocement les problèmes rencontrés par les jeunes, à les approcher d'une manière appropriée et à encourager le développement des compétences psychosociales. Le programme poursuit donc la transmission d'informations et surtout la sensibilisation des jeunes sportif-ves par l'action et l'émotion. Il cherche à agir sur leur capacité à prendre leurs responsabilités, à communiquer efficacement, à résister aux influences des tiers ou des médias de masse, etc. De plus, le programme entend agir sur les normes en vigueur, par exemple en encourageant les célébrations sans alcool et le respect vis-à-vis des arbitres⁴²⁴.

Le VAD (*Vlaams expertisecentrum Alcohol & Drugs*, centre d'expertise sur les questions de drogues et d'alcool en Flandre) a mis en place un label semblable en Flandre. En Wallonie, la Teignouse asbl porte le label «Sporti Futé» auprès des clubs sportifs. Elle promeut une consommation d'alcool responsable et propose des services de prévention et de réduction des risques auprès des acteur-rices concerné-es par cet espace festif (voir encadré).

Investir les stades

En plus d'être des lieux de rassemblement non négligeables, les stades sont souvent localisés dans des lieux périphériques aux centres-villes et fréquentés par un public généralement peu couvert par les dispositifs de prévention et de réduction des risques (notamment des hommes jeunes ou d'âge moyen, ayant un niveau d'éducation faible). Les stades offrent donc une opportunité pour la diffusion d'informations et bonnes pratiques en matière d'alcool (et plus largement de santé), d'autant plus qu'ils tiennent souvent une place particulière dans

.....
423 Saal C. (2018). Op. Cit.

.....
424 Voir <https://www.coolandclean.ch/fr/themen/Alcool.html>

la communauté et dans la vie sociale des supporteurs et supportrices.

Toutefois, ces lieux sont paradoxalement aussi assez peu propices à la diffusion de messages de promotion de la santé, étant donné notamment la profusion de messages publicitaires et lieux de vente faisant la promotion de boissons alcoolisées, de jeux d'argent, etc. C'est pourquoi il est nécessaire d'accompagner toute démarche d'information et d'éducation par des mesures de réduction de la disponibilité de l'alcool et des risques liés à sa consommation au sein des stades.

.....
425 Encadré aimablement rédigé par Jérémy Baré,
intervenant social à la Teignouse asbl.

LE PROJET «SPORTI FUTÉ» DE LA TEIGNOUSE ASBL ⁴²³

Le projet Sporti Futé vise à promouvoir une consommation responsable et à moindre risque au sein du milieu sportif. Le label s'adresse à tout club soucieux de promouvoir cette vision et s'appuie sur des valeurs sportives fortes telles que le dépassement de soi et le bien-être procuré par une activité physique.

Le partenariat proposé s'axe autour de trois formules :

- 1) Une sensibilisation entourant les risques pour la pratique sportive liés aux consommations au sens large (malbouffe, alcool, tabac, etc.). En fonction des attentes et demandes du club, cette dernière peut s'adresser aux joueurs et/ou aux entraîneurs et/ou aux dirigeants et, en fonction du public cible, porter sur des thématiques plus spécifiques. La sensibilisation repose sur des animations dynamiques en lien avec le sport pratiqué au sein du club et permet de diffuser, de manière ludique, différentes informations et messages de prévention.
- 2) Une sensibilisation des serveurs de la buvette s'accompagnant de l'implémentation de différentes mesures permettant, d'une part, de réduire les risques de surconsommation et, d'autre part, de promouvoir des consommations en lien avec une bonne hygiène sportive.
- 3) La mise à disposition au sein du club d'une série de *goodies* permettant de supporter le projet (affiches «Sporti Futé», gourdes incitant à la réhydratation sur le terrain et en dehors, sous-verres reprenant des messages de prévention). Cette mise à disposition ne peut avoir lieu que moyennant l'engagement du club dans une sensibilisation.

Le club sportif est libre de choisir la formule qu'il souhaite développer et dans quelle mesure (nombre de personnes concernées par les sensibilisations, nombre de sensibilisations données, mesures à implémenter à la buvette, etc.). L'objectif est de respecter le rythme du partenaire et de tendre, progressivement, vers l'application de l'ensemble des mesures.

POUR EN SAVOIR PLUS

Drygas et al. (2011). Good practices and health policy analysis in European sports stadia: results from the "Healthy Stadia" project, in *Health Promotion International*, Vol. 28 No. 2★

Educ'Alcool (2016). Alcool et santé. L'alcool et l'activité physique. Canada, Québec★

Kingsland et al. (2013). Alcohol consumption and sport: a cross-sectional study of alcohol management practices associated with at-risk alcohol consumption at community football clubs, in *BMC Public Health*, 13: 762★

Kingsland M, Wolfenden L, Tindall J, et al. (2015). Tackling risky alcohol consumption in sport: a cluster randomised controlled trial of an alcohol management intervention with community football clubs, in *J Epidemiol Community Health*, 69:993-999★

O'Brien K., Forrest W., Greenlees I., Rhind D., Jowett S., Pinsky I., Espelt A., Bosque-Prous M., Sonderlund A., Vergani M., Iqbal M. (2017). Alcohol consumption, masculinity, and alcohol-related violence and anti-social behaviour in sportspeople, in *Journal of Science and Medicine in Sport*

UNODC (2003). Sports. Le sport au service de la prévention de l'abus de drogues. Office contre la drogue et le crime des Nations-Unies, New York★

PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

Relecture : Josette Bogaert (CAP-ITI asbl) et Vinciane Saliez (I-Care asbl)

La consommation d'alcool est interdite en milieu carcéral, mais des dérogations exceptionnelles peuvent être accordées par la direction (e.g. un verre lors du réveillon de Noël). Les données en matière d'usage d'alcool au sein de la population carcérale sont extrêmement lacunaires. Et s'il semble que la consommation intramuros y est relativement faible, nous n'avons pas de chiffre permettant de mesurer la prévalence des consommations problématiques à l'entrée en prison. Selon le monitoring 2008 des risques sanitaires liés à l'usage de drogues dans les prisons belges, 21,5 % des personnes détenues auraient déjà consommé de l'alcool en prison (pour la plupart de manière occasionnelle), contre 36 % pour les drogues illégales⁴²⁶. Cette faible consommation peut s'expliquer par l'interdit, mais surtout par des difficultés d'approvisionnement (la mise en place d'un marché noir étant plus compliquée et moins lucrative que dans le cas des drogues illégales). Selon ce même rapport, 11,4 % des personnes détenues auraient

déjà suivi un traitement pour un usage problématique d'alcool à l'extérieur de la prison, et 4,2 % lors de leur séjour en prison. Les statistiques disponibles à l'étranger témoignent aussi d'une forte probabilité de consommation problématique au sein des personnes entrant en prison. Les estimations françaises indiquent qu'en 2003, 30,9 % des personnes détenues déclaraient avoir une consommation excessive d'alcool à l'entrée (c'est-à-dire plus de 4 unités d'alcool par jour pour les hommes, plus de 2 unités pour les femmes et/ou plus de 4 unités consécutives consommées au moins une fois par mois)⁴²⁷. Au Royaume-Uni, entre 2004 et 2009, 13 % des personnes détenues entrantes déclaraient avoir un problème de consommation d'alcool. Ce pourcentage a atteint 19 % en 2008-2009 et augmente encore pour les jeunes adultes (30 %) et les femmes (29 %)⁴²⁸. Il s'agit cependant de sous-estimations, puisqu'une partie des personnes ayant une consommation problématique ne l'admettent pas ou ne le déclarent pas. Il faut également souligner que la détection des usages d'alcool n'est pas systématique.

Les personnes détenues ayant une consommation problématique sont davantage susceptibles de cumuler les difficultés et vulnérabilités, et dès lors de demander un accompagnement renforcé. Elles intègrent en effet la prison avec davantage de problèmes préexistants (logement, santé physique et santé mentale en particulier) et sont plus nombreuses à

avoir déjà fait un séjour en prison avant (en comparaison avec les autres personnes détenues). Elles ont également un risque de récurrence accru (l'alcool étant un facteur de risque) et rencontrent davantage d'obstacles à leur sortie de prison. Or, leurs besoins sont souvent moins bien détectés et pris en charge que les personnes ayant un usage problématique de drogues illicites. Dans les cas de dépendance à l'alcool, et en l'absence d'alcool en milieu carcéral, la consommation peut se déplacer vers d'autres substances psychoactives, davantage disponibles en prison, et la personne se trouve généralement contrainte d'entamer un sevrage potentiellement dangereux s'il n'est pas supervisé médicalement. Il est donc important que le corps médical du milieu pénitentiaire dépiste systématiquement l'alcool-dépendance lors des gardes à vue et au début de l'incarcération afin de fournir à la personne un accompagnement adapté.

Une attention particulière doit également être portée aux problématiques de polyconsommation et de comorbidité. Il n'est pas rare en effet que les personnes détenues ayant un problème de consommation d'alcool déclarent aussi un usage problématique de drogues illicites (54 % au Royaume-Uni en 2004-2009) et/ou un problème de santé mentale (44 %). La polyconsommation et la comorbidité d'une consommation problématique d'alcool et d'un problème de santé mentale sont particulièrement prégnantes chez les femmes⁴²⁹.

426 Todts et al., (2009). L'usage de drogues dans les prisons belges : Monitoring des risques sanitaires. Bruxelles : Service Public Fédéral Justice.

427 Michel L. (2016). Drug use in prison: strategies for harm reduction (ANRS-PRIDE Program), in *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(7):2081-2088.

428 HM Inspectorate of Prisons (2010). Alcohol services in prisons: an unmet need. Thematic report by HM Inspectorate of Prisons, United Kingdom: London.

429 HM Inspectorate of Prisons (2010). Op. Cit.

IMPACT DE L'ENVIRONNEMENT CARCÉRAL SUR LA SANTÉ DES PERSONNES DÉTENUES

Les personnes détenues sont en moins bonne santé physique et mentale que la population générale et combinent souvent différentes vulnérabilités : statut socio-économique peu élevé, logement et emploi précaires, etc. Elles souffrent souvent de difficultés physiques, psychologiques et médicales d'une grande complexité, que les mauvaises conditions de vie en prison peuvent provoquer ou aggraver (surpopulation, promiscuité, stress, insalubrité, ennui, violences, accès insuffisant aux soins de santé physique et mentale, etc.).

Il faut ajouter à cela le manque de moyens humains, matériels et financiers alloués à la santé et à la promotion de la santé au sein des prisons, ainsi que les obstacles limitant les interventions extérieures (lourdeur administrative, difficile accès aux personnes détenues, manque de moyens, etc.).

STRATÉGIES EFFICACES ET BONNES PRATIQUES

Les conditions ne sont pas rassemblées pour délivrer des messages de prévention et de réduction des risques. D'une part, le contexte de vie difficile et l'accès restreint aux soins de santé peuvent rendre de tels messages dérisoires aux yeux des personnes détenues. D'autre part, l'organisation et la bonne mise en œuvre de dispositifs de prévention et réduction des risques, à court ou long terme, peuvent être compromises par différents facteurs inhérents au milieu carcéral : le manque de moyens alloués à ces questions intra- et extramuros, l'accès limité aux personnes détenues,

la lourdeur administrative que doivent gérer les intervenant-es extérieur-es, les transferts imprévisibles ou le manque de communication autour des libérations, etc.

Le milieu carcéral est pourtant un lieu plein de potentiel, puisqu'il offre une opportunité de rencontre avec une population d'ordinaire peu couverte par les dispositifs de prévention et réduction des risques (et plus largement, de promotion de la santé).

Détection et prévention des consommations

L'évaluation du niveau de consommation, la détection de consommations problématiques d'alcool et l'identification des symptômes de sevrage gagneraient à être systématiques. Pour cela, et en premier lieu, il est nécessaire de former le personnel médical et le personnel pénitentiaire à ces questions.

La détection de l'alcoolodépendance et des signes de sevrage devrait s'effectuer au cours de la garde à vue et lors de la visite médicale d'entrée en prison, et ce, afin de prévenir le sevrage involontaire induit par la privation de liberté et les complications liées (notamment le delirium tremens).

L'évaluation de la consommation d'alcool dans un but préventif (en vue du séjour en prison et de la sortie) et les interventions brèves, quant à elles, gagneraient à se dérouler non pas directement lors de l'entrée en prison, mais après un temps d'adaptation (la durée de celui-ci n'est cependant pas précisée par la recherche scientifique)⁴³⁰. Le volume d'informations

430 Graham L., Parkes T., McAuley A., Doi L. (2012). Op. Cit.

BONNES PRATIQUES DE PRÉVENTION EN MILIEU CARCÉRAL⁴²⁹

- › Améliorer les conditions de détention et de vie des personnes détenues
- › Améliorer le monitoring de la consommation des personnes détenues
- › Détecter les consommations problématiques, les signes de sevrage, les comorbidités et la polyconsommation lors de l'entrée en prison et au cours de l'incarcération
- › Adapter les outils de détection au milieu carcéral (voir ci-après)
- › Améliorer l'accès aux soins et assurer leur continuité
- › Préparer la sortie de prison
- › Former le personnel pénitentiaire (médical et de surveillance) en matière d'usage problématique d'alcool et de détection des comorbidités
- › Développer et mettre en œuvre une stratégie nationale, sur base des besoins et reposant sur un soutien, des ressources et des formations suffisantes
- › Développer et mettre en œuvre une stratégie «alcool» au sein de la prison
- › Éditer des guides de bonnes pratiques pour le développement d'interventions et de services de traitement au sein de la prison
- › Inclure les personnes détenues dans les décisions concernant les personnes et organisations par lesquelles ils-elles souhaitent recevoir les informations de prévention et réduction des risques
- › Adopter une approche globale des problématiques de consommation (logement, santé mentale, usage de drogues illicites, accès aux soins, compétences psychosociales, etc.)
- › Améliorer l'éducation et la communication au sujet de l'usage de drogues licites et illicites
- › Lier prévention de l'usage problématique d'alcool et prévention des violences

429 HM Inspectorate of Prisons (2010). Op. Cit. ; Public Health England (2017). Brief interventions in prison: Review of the Gateways initiatives. United Kingdom: London. ; Graham L., Parkes T., McAuley A., Doi L. (2012). Alcohol problems in the criminal justice system: an opportunity for intervention. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

étant important le jour de réception et les premiers jours au sein de l'institution, certains messages de prévention ou de santé peuvent être «perdus» dans le processus. Il faut cependant garder en tête que les personnes détenues et les personnes en détention préventive peuvent être transférées de manière impromptue ou libérées, sans que le personnel médical ou les intervenant-es extérieur-es en soient informé-es au préalable.

Il peut être nécessaire d'adapter les outils de détection et d'évaluation de la consommation au contexte carcéral. Une recherche menée au Royaume-Uni a épingle le caractère parfois inadéquat de l'outil AUDIT⁴³² : il ne tient pas compte des comportements criminels et des crimes commis sous l'influence de l'alcool ; les résultats ne semblent pas totalement correspondre à la réalité ; les questions peuvent être mal interprétées ; et pour les personnes détenues de longue durée, leur consommation peut remonter dans le temps et ne plus correspondre à la manière dont elles se perçoivent⁴³³.

Les informations de prévention et réduction des risques peuvent être délivrées par des intervenant-es externes ou du personnel pénitentiaire formés, et repose sur l'effet boule de neige⁴³⁴.

.....
432 AUDIT est un outil standardisé de dépistage spécifique à l'alcool. Composé de 10 questions, il permet de déterminer si une personne a une consommation à risque. Il est facilement trouvable en ligne.

433 Public Health England (2017). *Brief interventions in prison: Review of the Gateways initiatives*. United Kingdom: London.

434 L'effet boule de neige désigne la transmission de messages de prévention et de réduction des risques par les pairs, aux usager-es pas ou peu en

Préparer la sortie

La sortie de prison est un moment délicat pour beaucoup de personnes détenues, particulièrement celles ayant (eu) des usages problématiques de drogues ou d'alcool. En plus des problèmes de réinsertion (logement, emploi) qui sont autant de facteurs de risque, les personnes libérées retrouvent souvent les milieux et facteurs de risque qui ont entretenu leur consommation problématique d'alcool (lieux de vente et/ou de consommation d'alcool habituels, violences, problèmes d'argent, etc.). Préparer la sortie et prévenir l'ensemble des problèmes liés à celle-ci réduisent notamment les risques de récidive. Cela comprend à la fois la garantie de la continuité des soins, l'accompagnement dans la recherche d'un emploi ou d'une formation et d'un logement (et plus globalement dans la réinsertion sociale de la personne détenue), et l'orientation vers des groupes d'aide adaptés aux besoins des personnes libérées. Pour cela, des équipes de transition peuvent être mises en place au sein de la prison ou en partenariat avec des organisations externes.

POUR EN SAVOIR PLUS

Graham L., Parkes T., McAuley A., Doi L. (2012). *Alcohol problems in the criminal justice system: an opportunity for intervention*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe★

HM Inspectorate of Prisons (2010). *Alcohol services in prisons: an unmet need*. Thematic report by HM Inspectorate of Prisons, United Kingdom: London★

Public Health England (2017). *Brief interventions in prison: Review of the Gateways initiatives*. United Kingdom: London★

UNODC (n.d.). *Drug dependence treatment. Interventions for drug users in prison*★

.....
contact avec les dispositifs de santé. Dans ce cas-ci, les personnes détenues sont formées en prévention et réduction des risques, et à transmettre ces informations auprès des autres personnes détenues.

PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU DE LA RUE

Relecture : Patricia Diederich (MASS Bruxelles asbl) et l'équipe Interstices-CHU Saint-Pierre ; et Laurence Przylucki (Le Comptoir asbl)

L'espace public (parcs, places, abords des bars, rues, squares, abords des établissements scolaires, etc.) est considéré par plusieurs publics comme un lieu de rencontre, de socialisation et accessoirement de consommation d'alcool. Notre attention se portera ici essentiellement sur les jeunes personnes et sur les personnes sans-abri.

LES JEUNES PERSONNES CONSOMMANT DANS L'ESPACE PUBLIC

L'occupation de l'espace public et son appropriation par les jeunes semblent être une tendance en Europe. Plusieurs facteurs peuvent jouer, notamment l'interdiction de fumer à l'intérieur des lieux de sortie, le prix élevé des boissons dans les bars, cafés et boîtes de nuit, et l'émergence de nouveaux types de rassemblements festifs (l'espace public comme lieu de rencontre ou lieu festif, réappropriation de l'espace public). La consommation d'alcool est perçue comme faisant partie intégrante de la culture des adolescent-es et jeunes adultes, et les espaces publics sont souvent vus par les jeunes personnes comme les seuls

espaces de libertés que la société peut leur proposer^{435,436}.

La consommation d'alcool dans l'espace public, en plus des risques et dommages psycho-socio-sanitaires généralement liés à celle-ci, peut cependant poser des problèmes d'ordre et de sécurité publics (nuisances sonores, bagarres, déchets, etc.). Il faut également noter que les jeunes consommant dans l'espace public peuvent échapper aux dispositifs de prévention et de réduction des risques généralement liés au milieu festif (voir chapitre 4.5).

Le développement urbain actuel a un impact profond sur les espaces publics, leur configuration et leur caractère accueillant (ou non), en particulier la privatisation progressive de la gestion de ceux-ci, via le recours à des services privés de sécurité ou la location à des fins privées de lieux semi-publics, et la tendance à écarter de l'espace public les populations jugées indésirables par des opérateurs politiques ou économiques, privés ou publics.

La littérature en matière de bonnes pratiques s'accorde sur le fait que les approches répressives seules aggravent ou déplacent les problèmes. L'interdiction de boire dans l'espace public, par exemple, risque de renvoyer la consommation d'alcool vers des lieux privés auxquels les dispositifs de prévention et de réduction des risques ont difficilement accès, et ceci, sans pour

autant réduire les nuisances⁴³⁷. Aucune mesure répressive ne saurait être efficace sans le concours de dispositifs de prévention et réduction des risques.

Stratégies efficaces et bonnes pratiques

De nombreuses bonnes pratiques sont communes à celles mises en place dans le milieu festif ou étudiant (prévention par les pairs, prise en charge des personnes blessées ou hyperalcoolisées, assurer le retour à domicile, communication non moralisatrice, labels de soirée responsables, sensibilisation du personnel des points de vente, etc. voir chapitre 4.5). Il existe un consensus sur la nécessité d'améliorer l'environnement politique et légal, afin de soutenir la mise en œuvre de stratégies efficaces et bonnes pratiques (c'est-à-dire notamment réduire la disponibilité de l'alcool, interdire – ou en tout cas réguler – la publicité pour l'alcool, ou encore réguler le contexte de consommation – améliorer les transports nocturnes, sécuriser les espaces publics, etc.).

.....
435 Réseau français des villes santé de l'OMS (2017). Alcool et jeunes. Rôle et stratégie des villes en matière de prévention et de réduction des risques.

436 Cardona, L. (2014). «Aller vers», un dispositif de déambulation pour prévenir la consommation d'alcool des jeunes par leurs pairs. *Cahiers de l'action*, 43(3), 41-49.

.....
437 Cardona, L. (2014). Op. Cit.

Coordination

- Une coordination nationale est utile pour le partage des expériences et pour coordonner les efforts
- Elle permet d'élaborer un plan d'action national et un cadre d'action commun. Elle évite la redondance des actions
- Au niveau régional ou local, les différent-es acteur-rices institutionnel-les doivent être réuni-es : cela permet d'identifier les compétences disponibles, de définir les programmes à mettre en place et la clé de répartition du financement
- La coordination permet également d'anticiper et de tenter de maîtriser les éventuels blocages politiques (notamment lorsque les autorités nourrissent des doutes quant à la pertinence des projets proposés)

Environnement urbain et gestion de l'espace public

- La conception de l'espace (aménagements, mobilier urbain, conceptions architecturales) doit être réfléchie pour garantir sa multifonctionnalité, et notamment en pensant ses usages multiples, diurnes et nocturnes
- S'appuyer sur la participation citoyenne et la collaboration des résident-es pour l'animation des espaces publics
- Intensifier les mesures de propreté, augmenter le mobilier de propreté, augmenter la visibilité (éclairages) et améliorer les aménagements de voirie pour sécuriser et orienter les flux de population (notamment au bord des cours d'eau)
- Localiser les lieux de fêtes vers des zones non résidentielles et à moindre danger
- Faciliter l'organisation d'événements et d'une programmation culturelle et artistique occupant positivement l'espace la nuit et permettant de diversifier les publics dans les établissements (festivals, concerts, etc.)
- Proposer et promouvoir des alternatives aux soirées et fêtes alcoolisées
- Veiller à la fluidité des déplacements à la fin des spectacles ou lors de la fermeture des bars
- Mettre en place des dispositifs de fin de soirée afin d'apaiser l'évacuation des centres-villes, notamment des médiations, plutôt que de recourir à l'intervention des forces de l'ordre

Approches

- Une analyse préalable du terrain est nécessaire avant de décider des mesures à mettre en œuvre. Cela implique de connaître les pratiques de consommation, le lieu de provenance des consommateur-rices et les motivations de leur présence dans l'espace public, la catégorie socio-culturelle du voisinage (comprendre leurs attentes), la typologie d'alcool ou des autres substances consommées, etc.
- Les projets décidés doivent être durables dans le temps
- Approcher les individus plutôt que les groupes, en adaptant l'approche à l'âge et au parcours socioculturel de la personne
- Mettre en confiance les jeunes, les écouter, leur faire confiance et les respecter
- Inclure les jeunes dans le développement de stratégies communautaires visant à réduire les nuisances et dommages liés à la consommation d'alcool

Répression

- La répression en elle-même aggrave ou déplace les problèmes. Elle doit être liée à d'autres mesures (alternatives de loisir, prévention, etc.) pour être efficace
- La vidéosurveillance n'a pas d'effets sur la maîtrise des nuisances
- La répression de l'ébriété provoque un gaspillage des ressources policières
- L'interdiction de consommation doit se baser sur des règles nationales (définition de ce qu'est l'espace public, quelles catégories, quelles heures, etc.)

Prévention et réduction des risques

- Offrir un retour au domicile sécurisé
- Mettre en place des dispositifs d'*outreach* (maraudes, prévention par les pairs, bus ou stand, etc.)
- Viser la réduction des risques : à long terme elle dégage des meilleurs résultats
- La démarche participative est très efficace pour résoudre les conflits, en particulier avec l'appui de médiateur-rices
- Sensibiliser les parents de mineur-es concerné-es a des effets souvent bénéfiques
- Dépasser, par le dialogue, les résistances culturelles des jeunes et des politiques à une offre de loisirs différente
- Adopter une approche préventive globale qui inclut les habitudes de soirée, la sexualité et le consentement, la sécurité routière, la consommation de drogues licites et illicites, la santé physique et mentale, les alternatives à l'alcool, etc.

438 Cardona, L. (2014). Op. Cit. ; Greenaway, A., Conway, K., Field, A., Edwards, S., Bhatta, K., Huckle, T.,... & me te Paekaka, H. (2002). Young People, Alcohol and Safer Public Spaces, in *Auckland: Alcohol & Public Health Research Unit, University of Auckland* ; RADIX (2012). *Jeunes, alcool et espaces publics. Un concept interprofessionnel d'intervention*. Centre de compétence suisse en promotion de la santé et prévention. Suisse : Lausanne ; Rivola, F., Da Cunha, A., & Pini, G. (2012). *Jeunes, alcool et espace public. Bonnes pratiques : regard international*. Radix ; GREa, Observatoire Universitaire de la Ville et du Développement Durable, Laboratoire d'économie appliquée, European Forum of Urban Security (2017). *Alcool, ville et vie nocturne. Pour une stratégie locale et transversale*. France : Paris.

POUR EN SAVOIR PLUS

Cardona, L. (2014). «Aller vers», un dispositif de déambulation pour prévenir la consommation d'alcool des jeunes par leurs pairs. *Cahiers de l'action*, 43(3), 41-49★

European Forum of Urban Security (2017). *Alcool, ville et vie nocturne. Pour une stratégie locale et transversale*. France : Paris★

Greenaway, A., Conway, K., Field, A., Edwards, S., Bhatta, K., Huckle, T.,... & me te Paekaka, H. (2002). Young People, Alcohol and Safer Public Spaces, in *Auckland: Alcohol & Public Health Research Unit*, University of Auckland★

RADIX (2012). *Jeunes, alcool et espaces publics. Un concept interprofessionnel d'intervention*. Centre de compétence suisse en promotion de la santé et prévention. Suisse : Lausanne★

Réseau français des villes santé de l'OMS (2017). *Alcool et jeunes. Rôle et stratégie des villes en matière de prévention et de réduction des risques*★

LES PERSONNES SANS-ABRI CONSOMMANT DANS L'ESPACE PUBLIC

La rue, et globalement les espaces publics, sont fréquentés par différentes populations ayant pour point commun d'être socialement exclues : les personnes sans domicile fixe, les personnes ayant un style de vie alternatif, les personnes marginalisées, et toute autre personne exposée à la précarité et mise en marge de la société. Elles vivent généralement en dehors du marché du travail, ont peu de loisirs et des cercles d'amis et connaissances assez limités. La rue est tantôt un lieu de vie, tantôt un lieu de rencontre, et peut représenter pour certains individus un groupe social d'agrégation. Les personnes marginalisées fréquentant les espaces publics ne consomment évidemment pas toutes de l'alcool ; certaines sont abstinentes, d'autres ont une faible consommation. Dans de nombreux cas, toutefois, la consommation d'alcool est importante (et associée à une alcoolodépendance), et elle peut s'accompagner de la consommation d'autres drogues licites ou illicites, et même de polydépendance⁴³⁹.

Les personnes sans-abri cumulent souvent plusieurs vulnérabilités psycho-socio-sanitaires (problèmes de logement, mauvaise santé mentale et/ou physique, difficulté à trouver et/ou garder un travail, soutien familial faible, assuétudes, précarité, non-accès aux droits sociaux, etc.). De plus, elles intériorisent le modèle moral dominant qui condamne

la consommation problématique d'alcool chez les personnes précarisées et/ou marginalisées, contribuant ainsi aux sentiments d'exclusion de la société et de honte liée à leur consommation. Ce qui signifie, d'une part, que l'accompagnement de personnes sans-abri ayant une consommation problématique d'alcool par le secteur spécialisé «assuétudes» est une tâche complexe, qui requiert la coopération de nombreux services sur un temps long semé de réussites et d'échecs, et, d'autre part, que ces personnes ont peu recours à ces services, notamment par peur d'être jugées, stigmatisées, et/ou par honte de leur consommation⁴⁴⁰. De plus, il faut noter que les différents services de soins ou de réhabilitation prônant ou exigeant l'abstinence de leurs bénéficiaires ne sont pas adaptés aux personnes chroniquement sans-abri, dont les besoins sont nombreux et complexes⁴⁴¹.

Stratégies efficaces et bonnes pratiques

L'une des premières clés pour la mise en œuvre de dispositifs efficaces est de comprendre que l'usage d'alcool a tant des conséquences positives que négatives pour les personnes sans-abri. Il est important de tenir compte de l'ensemble de ces conséquences afin, d'une part, de créer un accueil adapté à ce public, et d'autre part, de comprendre la complexité de leur réalité.

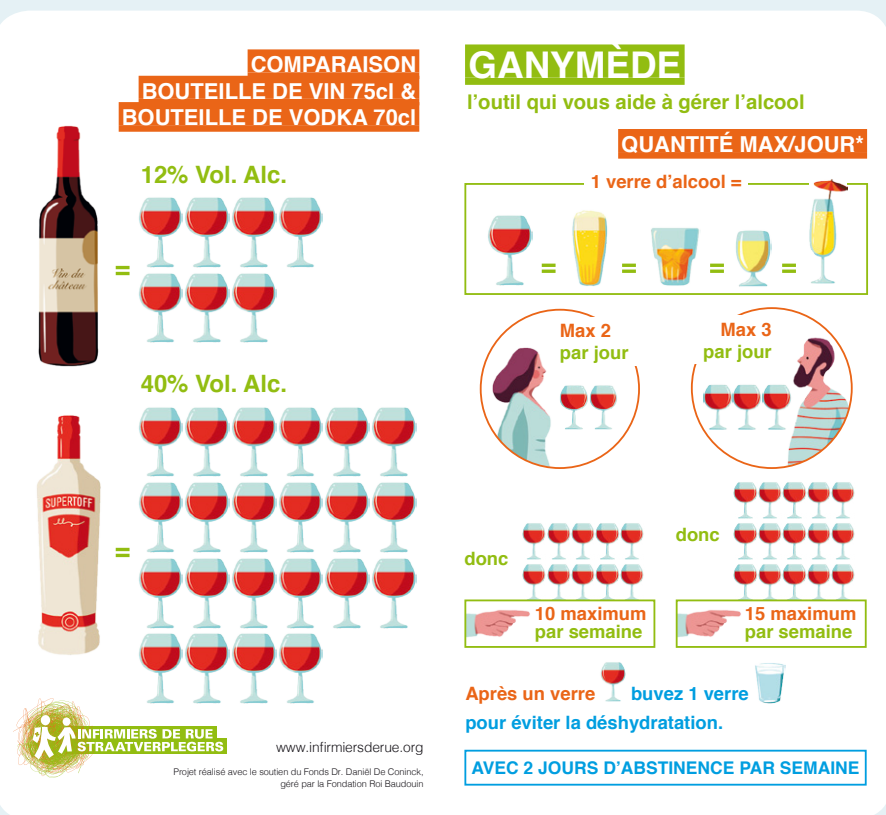
439 Labhart, F. & Notari, L. & Gmel, G. (2010). Consommation d'alcool dans l'espace public : Étude de terrain auprès des personnes marginalisées de Lausanne et d'Yverdon-les-Bains.

440 Collins, S. & Clifasefi, S. & A Dana, E. & Andrasik, M. & Stahl, N. & Kirouac, M. & Welbaum, C. & King, M. & K Malone, D. (2011). Where Harm Reduction Meets Housing First: Exploring Alcohol's Role in a Project-based Housing First Setting, in *The International journal on drug policy*, 23, 111-9.

441 Pleace, N. (2008). *Effective Services for Substance Misuse and Homelessness in Scotland: Evidence from an International Review*. Edinburgh: Scottish Government.

GANYMÈDE : L'OUTIL QUI VOUS AIDE À GÉRER L'ALCOOL

L'asbl Infirmiers de rue a créé un outil visuel de sensibilisation à la consommation excessive d'alcool. Destiné à la fois aux personnes consommatrices et aux travailleur-ses en contact avec elles, l'outil sert de support pour la sensibilisation et le dialogue, et permet d'évaluer la consommation des usager-es et de la situer par rapport à une norme sanitaire. L'objectif est d'aider les usager-es à prendre conscience de leur consommation et, *in fine*, de la réduire progressivement. L'outil et le guide d'utilisation sont disponibles en français, néerlandais et anglais (info@idr-sv.org).



En effet, en plus des motivations à boire partagées par l'ensemble de la population (plaisir, convivialité, automédication, etc.), la consommation d'alcool peut répondre à plusieurs problématiques liées à la vie dans la rue (par exemple, être intoxiqué-e permet parfois d'accéder à un abri de nuit à l'hôpital ou en cellule de dégrisement, être suffisamment désinhibé-e pour mendier, supporter la sensation de froid, trouver le sommeil, contrer des symptômes de sevrage, atténuer des problèmes psychiatriques, etc.). La consommation d'alcool peut donc être porteuse d'effets bénéfiques, tout en causant des dommages psycho-socio-sanitaires.

Conséquemment, les bonnes pratiques identifiées prônent, non pas l'abstinence qui éclipse les problèmes plus globaux liés à la qualité de vie, mais une approche compréhensive, la régulation de la consommation, et la réduction des risques et dommages.

BONNES PRATIQUES AUPRÈS DES PERSONNES SANS-ABRI

- Mettre en place des dispositifs à bas seuil d'accès adaptés aux besoins multiples des personnes sans-abri ayant une consommation problématique
- Organiser une coordination entre les différents secteurs répondants aux besoins de ce public spécifique
- Mettre en place des dispositifs de logement d'urgence ou de *housing first* pratiquant une approche de réduction des risques
- Prévoir au sein des structures d'aide et des dispositifs de logement des solutions adaptées aux personnes sans-abri accompagnées de chien(s)
- Organiser et soutenir la prévention et la réduction des risques par les pairs⁴⁴⁰
- S'appuyer sur l'expérience des personnes sans-abri
- Soutenir et accompagner les initiatives des personnes sans-abri
- Organiser des dispositifs de maraude alliant soins, prévention et réduction des risques⁴⁴¹
- Soutenir et financer l'accès à un logement de qualité pour toutes et tous
- Mettre en place l'automatisation des droits sociaux
- Faciliter et soutenir l'accompagnement dans la (ré)insertion professionnelle

Housing first

Le *housing first* est un dispositif d'accès bas seuil et immédiat au logement pour les personnes sans-abri ayant un profil particulièrement fragilisé. Les locataires ont des droits et obligations comme pour toute location et bénéficient d'une équipe d'accompagnement dont l'objectif est le maintien dans le logement et l'autonomisation des personnes en accord avec leurs choix. Le *housing first* n'a pas d'exigence d'abstinence et applique les principes de la réduction des risques. Dès lors, la consommation (problématique) d'alcool n'est pas abordée à part, mais est comprise en relation avec l'ensemble des besoins de l'usager-e.

Les évaluations des projets *housing first* montrent une augmentation de la stabilité du logement, une réduction de l'utilisation des services publics et coûts associés, et une réduction de l'usage d'alcool et des problèmes corrélés. En effet, même si ces programmes ne requièrent pas l'abstinence ni la réduction de la consommation, le *housing first* combiné à la réduction des risques ne s'accompagne pas d'une augmentation de la consommation d'alcool, et peut même être associé à une diminution significative de l'usage⁴⁴⁴.

Les projets *housing first* permettent aussi d'améliorer le bien-être global des usager-es, à savoir la baisse du sentiment de honte eu égard aux consommations, un dialogue renoué, la diminution du déni, la (re)création du sentiment d'appartenance à un groupe. Ils sont également bénéfiques aux professionnel·les du social et de la santé, qui se sentent souvent démunis-e

face aux problèmes complexes de ce public spécifique⁴⁴⁵.

Pour que le dispositif soit un succès, il est central de former les équipes professionnelles, de s'assurer que les personnes hébergées et les équipes adhèrent au projet et à son concept, et d'inclure l'ensemble des usager-es et professionnel·les concerné-es dans l'élaboration du projet⁴⁴⁶.

Centres d'hébergement avec réduction des risques

La consommation d'alcool au sein des centres d'hébergement pour personnes précarisées et sans-abri est souvent interdite. Or, généralement, cette interdiction a des conséquences principalement négatives : consommations importantes et visibles dans l'espace public, expulsion des personnes les plus dépendantes, hyperalcoolisation avant de rejoindre les centres, nuisances dans le voisinage, et violences physiques ou verbales au sein des centres.

Plusieurs centres d'hébergement français ont expérimenté l'autorisation de consommer de l'alcool dans les parties privatives, notamment l'initiative Emmaüs Solidarité. L'objectif du projet était de donner aux usager-es les moyens de consommer différemment et de renforcer leur accès à la santé. L'autorisation de consommer a notamment permis de lever le tabou autour de l'alcool, et d'instaurer

442 Voir chapitre 4.5

443 Voir à ce titre l'outil de l'asbl Infirmiers de rue : <http://www.infirmiersderue.org/files/4-Ganyme-768-de-guide-d-utilisation.pdf>

444 Collins, S. et al. (2011). Op. Cit.

445 Ministère français des Solidarité et de la Santé (2018). *Expérimentation d'une démarche de réduction des risques liés à l'alcool*. France.

446 Pour un guide de mise en place d'un dispositif de *housing first*, voir le guide de Housing first Belgium asbl : <http://www.housingfirstbelgium.be/medias/files/ons-housing-first-handbook-fr-1.pdf>

un dialogue entre les résident-es et les professionnel·les au sujet de la consommation. Le projet a eu un impact positif sur les professionnel·les, souvent démunis face aux problèmes liés à la consommation d'alcool et aux dépendances. Le sentiment de honte des usager-es s'est allégé, le dialogue a pu être renoué entre les résident-es et les professionnel·les, et les conflits et les hyperalcoolisations ont diminué.

Une telle décision peut évidemment susciter des résistances de la part des professionnel·les et des usager-es, il est donc primordial de construire ce projet en associant l'ensemble de ces acteurs et actrices et en s'appuyant sur leurs compétences et expertises⁴⁴⁷.

.....
447 Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (2018). Réduction du risque alcool : l'ANPAA récompensée pour un projet expérimental mené en partenariat avec Emmaüs Solidarité. Communiqué de presse du 29 mai 2018.

PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES

Relecture : Pascale Hontoir (Projet FreeDom) et Benoît Brouillard (CaHo asbl)

La population mondiale connaît un vieillissement rapide. D'ici à 2050, la part des personnes âgées de 60 ans et plus devrait doubler et atteindre près de 22 %. En valeur absolue, leur nombre devrait passer de 900 millions à deux milliards⁴⁴⁸. Avec l'allongement de la durée de vie, on peut s'attendre au cours des prochaines décennies à un nombre croissant de séniors présentant des troubles liés à l'usage d'alcool. L'étendue de ce phénomène et ses implications sur les coûts de santé sont toutefois difficiles à estimer car l'usage nocif d'alcool chez les aînés est probablement sous-diagnostiqué⁴⁴⁹.

Alors que l'usage d'alcool chez les jeunes est régulièrement médiatisé, celui des plus âgés semble moins exploré, voire relever du tabou. Du point de vue des professionnel·les de santé, aborder la question de l'usage d'alcool avec une personne âgée peut être ressenti comme une intrusion ou un manque de respect au

regard de son âge. Du côté de l'entourage, les attitudes de déni ou de résignation peuvent également freiner et retarder l'identification et la prise en charge des consommations à risque. D'où l'expression «d'épidémie cachée» pour décrire la consommation problématique d'alcool chez les personnes de plus de 60 ans.

De façon générale, la place occupée par la prévention des addictions dans la promotion de la santé des séniors est très faible. L'usage des substances psychoactives chez les personnes âgées nécessite d'être documenté⁴⁵⁰. Cette thématique s'avère peu prise en compte dans les stratégies nationales de lutte contre les addictions : généralement, les personnes âgées ne figurent pas parmi les groupes prioritaires et aucune intervention ne cible spécifiquement cette population. De même, la prévention de l'usage abusif d'alcool n'est pas toujours incluse dans les programmes favorisant le «bien vieillir»⁴⁵¹.

Or, l'alcool est l'un des psychotropes les plus consommés après 60 ans et il est souvent ancré dans les habitudes alimentaires⁴⁵². Les données disponibles suggèrent que l'absorption ponctuelle de grandes quantités d'alcool tend à diminuer avec l'âge mais que le risque d'en consommer chaque

jour augmente⁴⁵³. L'alcoolodépendance chez les personnes âgées a fait l'objet de plusieurs études. Les taux de prévalence rapportés varient de 2 à 10 % en population générale, et de 20 à 25 % en institution⁴⁵⁴. Ces estimations restent incertaines car les enquêtes épidémiologiques d'envergure font défaut⁴⁵⁵. On distingue généralement deux formes d'itinéraires d'alcoolodépendance chez les séniors : celle à début précoce et qui perdure au fil des années (deux tiers des personnes dépendantes), et celle à début tardif. Le passage à la retraite, l'isolement, le deuil, la dépression, la perte d'autonomie et les maladies invalidantes sont autant de facteurs de risque d'alcoolodépendance à début tardif⁴⁵⁶.

Bien qu'elles constituent une population hétérogène, les personnes âgées présentent des vulnérabilités particulières à l'alcool :

- L'âge influe sur la tolérance à l'alcool : les changements métaboliques causés par le vieillissement induisent une moindre résistance aux effets de l'alcool. À quantités égales d'alcool consommées, les séniors présentent un taux d'alcoolémie plus élevé que celui des jeunes. Par conséquent, il existe un risque accru d'ivresse pour des consommations moindres ;

448 Organisation mondiale de la santé (2018). *Vieillesse et santé*. Principaux faits. Genève.

449 Graziani, P. (2010). La consommation excessive d'alcool chez la personne âgée, in *Drogues, santé et société*, vol. 9 no2.

450 Organisation mondiale de la Santé (2012). *Vieillir en restant actif : cadre d'orientation*. Genève.

451 Paille, F. Groupe de travail de la Société Française d'Alcoologie et de la Société Française de Gériatrie (2014). Personnes âgées et consommation d'alcool. Texte court, in *Alcoologie Addictologie* ; 36(1): 61-72.

452 Kuerbis, A., Sacco, P. et al. (2014) Substance abuse among older adults, in *Clin Geriatr Med*. Aug; 30(3): 629-654.

453 Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Le point sur la recherche en cours. Usages de substances psychoactives après 60 ans. Tendances no 67, sept 2009.

454 Vigne C. (2003). «La dépendance alcoolique en gériatrie», in *Gérontologie et société*, 2 (vol. 26 / n° 105), p. 101-108.

455 Menecier P., Prieur, V., Arèzes, C. et al. (2003). «L'alcool et le sujet âgé en institution», in *Gérontologie et société*, 2 (vol. 26 / n° 105), p. 133-149.

456 Paille, F. (2014). Op. Cit.

- › L'alcool perturbe les capacités motrices et augmente le risque de chute ;
- › L'usage combiné d'alcool et de médicaments. L'alcool peut avoir une incidence sur l'action ou l'élimination de certains médicaments, et ceux-ci peuvent amplifier les effets de l'alcool. Les personnes âgées risquent davantage de subir les méfaits de cette polyconsommation que d'autres sous-groupes de la population ;
- › Chez les aîné-es, les effets de l'alcool peuvent être majorés par la coexistence de troubles cognitifs tels que la maladie d'Alzheimer ;
- › Les dommages physiques causés par l'usage nocif d'alcool peuvent être plus importants chez les aîné-es, du fait de la polypathologie fréquente dans cette tranche d'âge.

STRATÉGIES EFFICACES ET BONNES PRATIQUES

Développer la recherche

Les connaissances manquent clairement en matière de consommation d'alcool chez les personnes âgées (les pratiques et représentations) et les bonnes pratiques à mettre en œuvre dans leurs différents milieux de vie (domicile, maison de repos, etc.). Le projet européen SHARE porte sur l'étude de la santé, le vieillissement et la retraite. Il s'agit d'une enquête multidisciplinaire réalisée auprès d'un échantillon de personnes de 50 ans et plus. Des questions spécifiques portent sur la consommation d'alcool⁴⁶⁰. Les données récoltées entre 2011 et 2013 ont fait l'objet d'une publication spécifique sur

460 Pour plus de détail, voir <https://www.share-project.be/main/F/default.htm>

l'usage d'alcool⁴⁶¹. Il apparaît que 21,5 % des Européen·nes âgés de 50 ans ou plus consommeraient de l'alcool de manière excessive (26,3 % des hommes et 17,5 % des femmes)⁴⁶². Des associations ont été observées entre usage excessif d'alcool et usage de tabac, passé migratoire, niveau d'éducation (chez les femmes), la présence d'un trouble dépressif (chez les hommes) et la santé perçue.

461 Bosque-Prous, M., Brugal, M.T., Lima, K.C., Villalbi, J.R., Bartoli, M. & Espelt, A. (2016). Hazardous drinking in people aged 50 years or older: a cross-sectional picture of Europe, 2011-2013. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32, 817-828.

462 Un score égal ou supérieur à 5 (pour les hommes) et à 4 (pour les femmes) à l'AUDIT-C était considéré comme révélateur d'un usage excessif.

REPÈRES DE CONSOMMATION D'ALCOOL À MOINDRE RISQUE POUR LES PERSONNES ÂGÉES

Il n'existe pas de consensus international concernant les seuils de consommation d'alcool adaptés aux personnes de 60 ans et plus.

L'Institut national américain pour l'abus d'alcool et l'alcoolisme (NIAAA) fixe un maximum de 3 consommations par jour et un maximum de 7 verres standards par semaine pour les personnes de plus de 65 ans, indépendamment du sexe. Au Canada, les autorités de santé considèrent que les aîné-es devraient limiter leur consommation quotidienne à 2 verres pour les femmes et à 3 verres pour les hommes, et observer au moins un ou deux jours d'abstinence par semaine⁴⁵⁵. En France, la Haute Autorité de Santé suggère de ne pas boire d'alcool en cas de prise de médicaments, ou de maladie chronique. La prise d'alcool n'est pas non plus recommandée aux personnes âgées affectées de troubles psychiatriques ou consommant des psychotropes⁴⁵⁶.

En Belgique, le Conseil supérieur de la santé préconise aux personnes de plus de 65 ans de ne pas consommer d'alcool. Cette recommandation concerne également les personnes qui sont affectées par un problème de santé, et celles prenant des médicaments dont les psychotropes⁴⁵⁷. La thématique requerrait davantage de recherche et d'attention afin de développer les recommandations et outils en la matière.

457 Educ' Alcool. (2016). *Alcool et santé, L'alcool et les aînés*. Québec, Canada.

458 Haute autorité de santé (2014). Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève. Alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Paris.

459 Conseil Supérieur de la Santé (2018). *Risques liés à la consommation d'alcool*. Bruxelles : CSS. Avis n° 9438.

Développer les actions d'information et de sensibilisation

Même si elles sont peu nombreuses, diverses initiatives d'information et de sensibilisation existent. Il s'agit essentiellement de brochures et de sites web destinés au grand public, aux seniors, à leur entourage et aux professionnel·les en contact avec ces publics.

Promouvoir le repérage et l'intervention précoces

Le repérage et l'intervention précoces chez les personnes âgées présentent des avantages en termes de gain de qualité de vie et du point de vue économique, en diminuant les coûts de la santé.

L'OMS et d'autres expert·es préconisent la formation des professionnel·les au repérage de l'usage nocif d'alcool chez les personnes âgées⁴⁶³. Toutefois, il existe un certain nombre d'obstacles. Les signes d'une consommation d'alcool problématique chez les aîné·es sont parfois mal ou tardivement repérés par les professionnel·les de santé, les personnes elles-mêmes, ainsi que leur entourage. Plusieurs facteurs contribuent à cette situation :

- Les signes d'une consommation problématique peuvent passer inaperçus car ils sont similaires à certaines pathologies habituellement liées à l'avancée en âge : par exemple, la désorientation, l'anxiété, la perte de mémoire, ou le manque de coordination ;

- Les répercussions professionnelles ou légales d'un usage abusif d'alcool (arrêt de travail, retrait de permis, etc.) sont moins nombreuses et le réseau social entourant les personnes âgées est plus restreint ;
- Les professionnel·les de la santé ne bénéficient pas toujours d'une formation adéquate en matière de repérage⁴⁶⁴ ;
- Il n'existe pas de recommandations consensuelles sur les seuils de consommation d'alcool adaptés aux personnes âgées ;

- Les critères de diagnostic et les outils de dépistage existants s'avèrent souvent inadaptés à cette tranche d'âge⁴⁶⁵.

Mieux repérer les consommations problématiques chez les seniors implique la diffusion de méthodes de dépistage validées, ainsi que la formation de divers professionnel·les : réseau médico-social de proximité (médecins, assistant·es sociaux, animateur·rices), organisations de soins et aides à domicile et établissements de soins, par exemple.

.....
464 Swedish national Institute of public health.
Hallgren, M., Högberg, P., Andréasson, S. (2009).
*Alcohol consumption among elderly European
Union citizens. Health effects, consumption trends
and related issues*. Expert Conference on Alcohol
and Health, 21-22 September 2009 Stockholm,
Sweden. URL : [http://www.antoniocasella.eu/archila/
alcol_Hallgren_2009.pdf](http://www.antoniocasella.eu/archila/alcol_Hallgren_2009.pdf)

.....
465 Paille, F. (2014). Op. Cit.

EXEMPLES DE MATÉRIEL D'INFORMATION SUR L'ALCOOL ET LE VIEILLISSEMENT DESTINÉ AU GRAND PUBLIC, AUX PERSONNES ÂGÉES, À LEUR ENTOURAGE OU AUX PROFESSIONNEL·LES

- Educ'alcool (Canada). Brochure «Alcool et santé. L'alcool et les aînés»★
- Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies. «Informations à l'intention des personnes âgées et de leur entourage. Les aînés et l'alcool»★
- Addiction suisse. «Alcool et médicaments en vieillissant. Informations pour les personnes dès 60 ans et leur entourage»★
- Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (France), Brochure «L'alcool chez les seniors... Tchîn, tchîn.»★
- Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (France) «Outil pour les professionnels. Prise en charge du risque alcool chez la personne âgée»★
- National Centre for Education and Training on Addiction (Australie). Preventing and responding to alcohol and other drug problems among older Australians★
- National Centre for Education and Training on Addiction (Australie). Preventing and reducing alcohol- and other drug-related harm among older people: A practical guide for health and welfare professionals★

.....
463 Organisation mondiale de la santé (2016).
Rapport mondial sur le vieillissement et la santé.
Genève. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/
10665/206556/9789240694842_fre.pdf;jsession
id=0F15DCCA5029BCDA7C2E5AE0E079219?se
quence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf;jsessionid=0F15DCCA5029BCDA7C2E5AE0E079219?sequence=1)

MOYENS DE REPÉRAGE DES CONSOmmATIONS D'ALCOOL À RISQUE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

L'utilisation, chez les personnes âgées, des questionnaires d'évaluation de l'alcoolodépendance tels que le CAGE, le MAST ou l'AUDIT a été remise en question⁴⁶⁴. Pour certain-es professionnel·les, ces outils sont peu pertinents par rapport aux modes de consommation et au vécu des séniors, du fait de la rareté des symptômes de sevrage, d'une consommation plus faible et d'un entourage moins présent⁴⁶⁵.

Certain-es professionnel·les considèrent que chez les plus de 60 ans, l'identification des risques et des dommages attribuables à la consommation d'alcool devrait tenir compte de facteurs spécifiques : par exemple, un état de santé potentiellement déclinant, une fréquence élevée d'affections chroniques, et l'usage de médicaments.

C'est dans cette optique qu'a été élaboré le test EDDA (Enquête sur les dommages dus à l'alcool), traduit du questionnaire ARPS (*Alcohol related problem survey*). Cet outil intègre des questions concernant l'état de santé physique et psychologique, l'usage de traitements médicaux et le déclin des fonctions organiques. L'outil a été évalué comme performant dans le repérage des consommations à risque chez les personnes âgées. Toutefois, il présente deux inconvénients : il nécessite l'usage d'un logiciel et s'adresse aux séniors ne présentant pas de trouble cognitif majeur⁴⁶⁶.

.....
466 La CAGE, le MAST et l'AUDIT sont des outils de détection des consommations potentiellement à risque. Ils se composent de plusieurs questions et sont facilement trouvables sur internet.

467 Nubukpo, P., Laot, L., Clément, JP. (2012). Les conduites addictives de la personne âgée, in *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 10(3): 315-24.

468 Fink A, Lécallier D. Un questionnaire de repérage du risque alcooladapté au senior. *Alcoologie et addictologie* 2009 ; 31 : 225-34.

Promouvoir les échanges de pratiques entre professionnel·les

Pour renforcer le repérage précoce chez les personnes âgées et assurer une prise en charge adaptée à l'âge, certain-es expert·es soulignent l'intérêt de favoriser la collaboration interdisciplinaire et le travail en réseau entre les acteur·rices de la promotion de la santé, le secteur spécialisé en assuétudes, la gériatrie et la psychiatrie, et les institutions de soins pour les personnes âgées et dépendantes. Dans certains pays, des plateformes d'information et de formation, ou des groupes de travail thématiques ont été mis en place.

PLATEFORME NATIONALE ADDICTIONS ET VIEILLISSEMENT (SUISSE)

En Suisse, il existe une plateforme d'aide et de conseils en ligne pour les personnes âgées, leur entourage et les professionnel·les de santé. Le site web propose des informations actualisées, des services d'aide et des supports de formation utiles pour les professionnel·les.

> www.addictions-et-veillissement.ch

GROUPE DE TRAVAIL «ALCOOL ET PERSONNES ÂGÉES» (FRANCE)

La société française d'alcoologie a mis en place le groupe de travail pluridisciplinaire «Alcool et personnes âgées». Celui-ci regroupe des professionnel·les de la santé publique, des gériatres et des alcoologues chargés d'élaborer des recommandations pour les autorités de santé⁴⁶⁷.

.....
469 Paille, F. (2014). Op. Cit.

Promouvoir les interventions brèves

Les rares études d'impact menées en matière de prévention secondaire des addictions chez les séniors montrent des résultats mitigés⁴⁷⁰. Les approches les plus prometteuses sont les interventions brèves en soins primaires.

Chez les personnes âgées non alcoolodépendantes, l'intervention brève semble efficace pour réduire la consommation hebdomadaire d'alcool et l'usage excessif ponctuel⁴⁷¹. Plusieurs études indiquent que les personnes âgées sont réceptives au conseil, et en bénéficient tout aussi bien que les plus jeunes, pour peu que les interventions soient ajustées à leurs besoins, à leurs intérêts et à leur rythme⁴⁷².

Certain-es professionnel·les préconisent d'adopter une approche de réduction des risques, en tenant compte notamment des bénéfices potentiels de l'usage modéré d'alcool en matière de socialisation des séniors⁴⁷³.

.....
470 The Royal College of Psychiatrists. Our Invisible Addicts, 2nd edition. College Report CR211. March 2018 URL: https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr211.pdf?sfvrsn=820fe4bc_2

471 Paille, F. (2014). Op. Cit.

472 Vermette, G. (2001). *La toxicomanie chez les aînés : reconnaître, comprendre et agir : guide d'intervention*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT), Canada : Montréal.

473 Kelly, S., Olanrewaju, O., Cowan, A., Brayne, C., & Lafortune, L. (2018). Alcohol and older people: A systematic review of barriers, facilitators and context of drinking in older people and implications for intervention design. In *PloS one*, 13(1). URL: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0191189&type=printable>

Mettre en œuvre des programmes intégrés visant le «bien vieillir» et la réduction de l'usage nocif d'alcool

Peu d'interventions documentées et de grande ampleur figurent dans la littérature consacrée à l'usage d'alcool chez les personnes âgées. Un exemple de projet intégré et évalué visant la réduction de l'usage nocif d'alcool chez les personnes de plus de 50 ans et l'amélioration de leur

qualité de vie est le projet britannique «Drink wise, Age well».

474 Holley-Moore, G. and Beach, B. (2016). *Drink Wise, Age Well: Alcohol Use and the Over 50s in the UK*. London. URL : <https://drinkwiseagewell.org.uk/wp-content/uploads/2016/01/Drink-Wise-Age-Well-Alcohol-Use-and-the-over-50s-Report-2.pdf>

475 Drink Wise, Age well. Impact report 2016. URL: https://drinkwiseagewell.org.uk/wp-content/uploads/2016/11/DWAW_AR16-LoResSpreads2.pdf

BONNE PRATIQUE : LE PROJET «DRINK WISE, AGE WELL» 472

«Drink Wise, Age Well» est un programme de prévention axé sur l'abus d'alcool chez les personnes âgées de 50 ans et plus. Coordonné par Addaction, le projet est mené dans cinq régions du Royaume-Uni depuis 2015. Il s'appuie sur un dispositif à composantes multiples mobilisant divers publics et partenaires : individus, familles, communautés, et secteurs de l'emploi, de la sécurité, du commerce, du logement, de la santé et du social.

Objectifs du projet

- Renforcer les connaissances : sensibiliser à la question de l'abus d'alcool chez les plus de 50 ans, changer les attitudes et les représentations sociales associées à l'alcool chez les aîné-es, lutter contre la stigmatisation, diffuser des messages de réduction des risques et modifier les normes sociales vis-à-vis de l'usage d'alcool
- Renforcer les compétences des travailleur-ses en contact avec les personnes âgées en matière de repérage et de relais, via des formations
- Renforcer les capacités individuelles et communautaires : réduire la consommation à risque et les dommages qui y sont associés dans ce groupe d'âge
- Documenter les pratiques et les résultats des interventions : identifier et diffuser des données probantes sur la manière de prévenir l'abus d'alcool chez les personnes de plus de 50 ans afin de guider les futurs programmes de prévention au Royaume-Uni et au niveau international.

Résultats attendus

- L'amélioration de la santé et du bien-être des personnes de 50 ans et plus qui présentent un risque d'alcoolodépendance
- Une offre de services plus efficaces pour prévenir la dépendance à l'alcool chez les personnes âgées
- Des pratiques de prévention chez les aîné-es mieux documentées.

Types d'activités menées 473

- Campagnes d'information et de communication dans les principaux médias
- Création d'un site web, communication sur les réseaux sociaux, articles et conférences
- Équipes mobiles de bénévoles et de pairs présentes dans les espaces publics, les commerces et les événements festifs
- Formations ciblées au sein des entreprises et modules de formation en ligne
- Partenariats avec les universités
- Activités sociales et groupes de parole dédiés au bien-être, à la gestion du stress et à la lutte contre l'isolement.

POUR EN SAVOIR PLUS

Marquette, C. et al. (2010). «Sujets âgés et substances psychoactives : état des connaissances», *Psychotropes*, vol. 16, no. 3, 2010★

Paille, F. (2014). *Personnes âgées et consommation d'alcool*. Texte court. Groupe de travail de la Société Française d'Alcoologie et de la Société Française de Gériatrie et de Gériatrie. Alcoologie Addictologie, 2014, 36(1)★

Palacio-Vieira, J., Segura, L., Gual, A., et al. (2012). «Good practices for the prevention of alcohol harmful use amongst the elderly in Europe, the VINTAGE project». Abstract★

Société Française d'Alcoologie. (2015). *Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique*. Alcoologie et Addictologie, 37(1), 5-84★

Hallgren, M., Högberg, P., Andréasson, S. (2009). *Alcohol consumption among elderly European Union citizens: health effects, consumption trends and related issues*. The Swedish national Institute of public health. Expert Conference on Alcohol and Health, Stockholm, Sweden★

PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES AUPRÈS DES FEMMES ENCEINTES ET ALLAITANTES

Relecture : Pascale Hontoir (Projet FreeDM) et Benoît Brouillard (CaHo asbl)

La toxicité de l'alcool sur le développement du fœtus est aujourd'hui bien documentée : la consommation occasionnelle ou régulière d'alcool durant la grossesse peut occasionner une série de dommages sur tous les organes du fœtus, y compris sur le système nerveux central⁴⁷⁶.

Les altérations induites par l'exposition prénatale à l'alcool sont variables. Elles peuvent être neurologiques, cognitives ou psychosociales. Leur gravité dépend de plusieurs déterminants tels que des facteurs génétiques et environnementaux, l'état de santé de la mère, ses habitudes de consommation, ainsi que l'usage éventuel d'autres psychotropes⁴⁷⁷. Les troubles sont d'autant plus sévères que l'alcoolisation de la mère est fréquente, importante et précoce au cours de la grossesse. Les effets sur le

fœtus d'une faible prise d'alcool durant la grossesse sont toujours à l'étude.

Les dommages associés à l'exposition prénatale à l'alcool sont regroupés sous le terme générique ETCAF⁴⁷⁸. Ils ne sont pas toujours observables à la naissance et peuvent se manifester tout au long de la vie. Chez l'enfant exposé, les troubles pourront se traduire plus tard par de l'hyperactivité et de l'impulsivité, des difficultés d'apprentissage ou de langage.

En raison de leur caractère diffus et non-spécifique, les signes d'une exposition prénatale à l'alcool sont difficiles à repérer, ce qui rend le diagnostic et les traitements souvent tardifs. Les données épidémiologiques relatives à l'ETCAF sont donc incertaines et probablement sous-estimées. En Occident, la prévalence est estimée à 9 pour 1000 naissances vivantes⁴⁷⁹.

L'atteinte la plus sévère et la plus repérable d'une exposition prénatale à une grande quantité d'alcool est le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). Le SAF peut se traduire par un retard de croissance, des malformations physiques et des déficiences mentales chez l'enfant. Il s'agit de la première cause non génétique et évitable de handicap mental chez l'enfant. Dans les pays occidentaux, la prévalence du SAF se situe entre 0,5 et 3 pour 1000 naissances

vivantes. En Belgique en 2013, la fréquence du SAF était estimée à 2%⁴⁸⁰.

Les connaissances scientifiques actuelles ne permettent pas de déterminer un niveau de consommation d'alcool dénué de risque pour les femmes enceintes. C'est pourquoi il existe un large consensus scientifique pour préconiser l'abstinence d'alcool pendant la grossesse.

L'absorption régulière d'alcool n'est pas recommandée non plus durant l'allaitement. La présence d'alcool dans le lait peut perturber les habitudes de sommeil et d'alimentation du nourrisson, altérer son développement psychomoteur et accroître les risques d'hypoglycémie.

476 World Health Organization (WHO) Europe (2016a). *Prevention of harm caused by alcohol exposure in pregnancy. Rapid review and case studies from Member States*. Geneva.

477 British Medical Association (2016). *Alcohol and pregnancy - Preventing and managing fetal alcohol spectrum disorders*. BMA. United-Kingdom

478 ETCAF : «ensemble des troubles liés à une alcoolisation fœtale». Selon les pays, on utilise également les termes FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder) ou TSAF (Troubles liés à l'exposition prénatale à l'alcool).

479 Santé publique France (2013). *Grossesse et alcool*. URL: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/35529/682198>

480 Conseil Supérieur de la Santé (2018). *Risques liés à la consommation d'alcool*. Bruxelles : CSS. Avis n° 9438.

RECOMMANDATIONS DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ (2018)⁴⁷⁹

En Belgique, le Conseil supérieur de la santé préconise aux femmes allaitantes, à celles qui sont enceintes ou qui souhaitent le devenir, de ne pas boire d'alcool.

Aux femmes en âge de procréer, avant une grossesse :

- Si vous souhaitez une grossesse, arrêtez totalement la consommation d'alcool
- Sachant qu'un nombre considérable de grossesses ne sont pas planifiées, les professionnel·les de la santé devraient informer les femmes en âge de procréer des risques encourus et les aider à tout faire pour réduire au maximum une exposition prénatale à l'alcool.

Aux femmes enceintes :

- Ne buvez pas d'alcool durant votre grossesse, à quelque moment que ce soit
- Si vous avez déjà consommé de l'alcool alors que vous êtes enceinte, arrêtez pour diminuer les risques futurs
- Chaque grossesse est différente et ce n'est pas parce que vous avez eu un enfant en bonne santé alors que vous aviez consommé de l'alcool que celui que vous portez ne risque rien.

Aux femmes allaitantes :

- Évitez autant que possible la consommation d'alcool
- Si vous choisissez néanmoins de consommer de l'alcool, adaptez vos horaires de tétées : retardez la tétée ou alors tirez le lait avant la consommation d'alcool.

STRATÉGIES EFFICACES ET BONNES PRATIQUES

Renforcer l'information auprès du public

En Europe, les niveaux de connaissance sur les risques associés à la prise d'alcool durant la grossesse sont très inégaux⁴⁸². En France, les résultats d'une enquête menée en 2017 indiquent que seul un tiers des adultes considère qu'il existe un risque pour le bébé dès le premier verre d'alcool absorbé. De même, une partie des répondant·es minimise encore les risques potentiels pour le fœtus d'une prise d'alcool faible ou ponctuelle⁴⁸³. L'information reste donc un enjeu important.

De nombreux pays européens ont créé du matériel d'information (brochures, sites web) et organisé des campagnes de communication à destination du grand public et des professionnel·les de santé. L'impact de ces initiatives n'est pas démontré de façon systématique. Certaines campagnes d'information ont permis de renforcer les connaissances et de modifier les attitudes vis-à-vis de la prise d'alcool durant la grossesse⁴⁸⁴. Des études indiquent que pour être porteurs, les messages de prévention sur l'alcool durant la grossesse doivent être uniformes, clairs, et non anxiogènes pour les femmes. Les messages

fondés sur un discours non moralisateur semblent avoir un meilleur impact. A *contrario*, une communication basée sur la peur ou ne présentant aucune mesure concrète de réduction des risques est moins efficace⁴⁸⁵. Par ailleurs, les messages ne devraient pas uniquement viser les femmes enceintes ou celles qui souhaitent le devenir mais également impliquer l'entourage et les conjoint·es.

Pour modifier les comportements, les campagnes d'information devraient s'inscrire dans une stratégie globale et intégrée, et être assorties de mesures politiques structurelles visant à réduire l'usage nocif d'alcool en population générale. De telles mesures sont par exemple la suppression de la publicité en faveur de l'alcool, la hausse de la taxation, et le repérage précoce des usages à risque.

.....
482 World Health Organization (WHO) Europe (2016b). *Prevention of harm caused by alcohol exposure in pregnancy. Rapid review and case studies from Member States*. Geneva.

483 Santé Publique France (2017). Communiqué de presse. Alcool et grossesse : des Français de plus en plus conscients des risques, mais la vigilance reste de mise. 06-09-2017.

484 Organisation mondiale de la santé (2016). *Prévention de l'exposition prénatale à l'alcool : exemples en provenance des États membres*. Genève.

.....
485 Doumont, D. & Libion, F. (2005). «Grossesse et boissons alcoolisées : quels messages et recommandations proposer ?». UCL - RESO Unité d'Éducation pour la Santé - École de santé Publique - Centre «Recherche en systèmes de santé». Série de dossiers techniques, référence 05-35.

.....
481 Conseil Supérieur de la Santé (2018). Op. Cit.

CAMPAGNE D'INFORMATION ET DE FORMATION «ALCOOL ET GROSSESSE» EN BELGIQUE

En septembre 2018, le gouvernement fédéral belge a annoncé le lancement d'une campagne nationale de sensibilisation sur le thème de la grossesse et l'alcool, à destination des hôpitaux, médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes⁴⁸⁴. Ces professionnel·les sont convié·es à une journée d'étude et se voient proposer des affiches, des fiches pratiques et un guide en ligne afin de mieux diagnostiquer et orienter les femmes enceintes et allaitantes. Le slogan de la campagne est «Pendant la grossesse et l'allaitement, la consommation d'alcool est nocive pour votre bébé».

CAMPAGNES D'INFORMATION DANS LE CADRE DE LA JOURNÉE MONDIALE DE SENSIBILISATION AU SYNDROME D'ALCOOLISATION FŒTALE (SAF)

À l'occasion de la journée mondiale sur le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) qui a lieu chaque année le 9 septembre, de nombreux pays européens mènent des campagnes d'information auprès du grand public et des professionnel·les de la santé.

486 Service public fédéral (2018). *Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Campagne alcool et grossesse*. URL : <https://www.health.belgium.be/fr/campagne-alcool-et-grossesse>

Assurer la visibilité des pictogrammes et message sanitaires apposés sur les contenants d'alcool



En Belgique, il n'existe pas d'obligation à apposer un pictogramme ou un message sanitaire destiné aux femmes enceintes sur les boissons alcoolisées.

Cette mesure existe dans d'autres pays, notamment en France. Depuis 2007, toutes les bouteilles de boissons alcoolisées doivent porter un message sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool pendant la grossesse. Ce message peut prendre la forme d'un pictogramme ou d'une information : «la consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant».

Le ministère de la santé française considère aujourd'hui que la lisibilité et la visibilité de ces messages sont insuffisantes. Il entend agrandir significativement la dimension du logo d'avertissement figurant sur les bouteilles. Les représentant·es de la filière viticole s'y opposent, estimant notamment que l'efficacité d'une telle mesure n'a pas été démontrée en matière de prévention⁴⁸⁷. Or les données recueillies dans le cadre d'une étude menée en 2007 par Santé publique France indiquent que l'adoption du logo «femmes enceintes» a permis d'améliorer les connaissances du grand public : la

487 Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (2018). *Tabou de l'alcool : les associations saluent le discours sans ambiguïté de la ministre de la Santé Agnès Buzyn*. France.

recommandation de non-consommation d'alcool pendant la grossesse était mieux connue en 2007, après l'apposition du logo, qu'en 2004⁴⁸⁸.

Renforcer l'information auprès des adolescent·es et des femmes en âge de procréer

En Europe, la moitié des grossesses ne sont pas planifiées⁴⁸⁹, ce qui signifie que de nombreuses femmes ignorent qu'elles sont enceintes et consomment de l'alcool aux premiers stades de leur grossesse. Plusieurs expert·es préconisent donc de développer l'information sur l'alcool et la grossesse auprès des adolescent·es (via les programmes scolaires) et des femmes en âge de procréer, notamment à l'occasion des consultations en planning familial, en gynécologie ou en médecine générale. La procréation et la contraception étant aussi une affaire d'hommes, il est tout à fait pertinent d'informer ceux-ci sur ces questions.

Garantir le repérage précoce de l'usage nocif d'alcool chez les femmes enceintes

La consommation d'alcool durant la grossesse peut notamment résulter de la méconnaissance des effets de l'alcool sur le fœtus, de la banalisation des risques par l'entourage, de la pression sociale ou de l'alcoolodépendance⁴⁹⁰. L'OMS recommande le repérage précoce de l'usage nocif d'alcool chez toutes les femmes enceintes. Le dépistage doit être associé à une information, et si nécessaire, à une

488 Guillemont, J. Léon, C. (2008). «Alcool et grossesse : connaissances du grand public en 2007 et évolutions en trois ans». Direction des affaires scientifiques, INPES.

489 Organisation mondiale de la santé (2016). Op. Cit.

490 British Medical Association (2016). Op. Cit.

RECOMMANDATIONS DE L'OMS CONCERNANT LE DÉPISTAGE PRÉCOCE DES FEMMES ENCEINTES⁴⁸⁹

L'OMS recommande aux prestataires de soins d'interroger toutes les femmes enceintes sur leur consommation d'alcool et d'autres substances (passée et actuelle), à un stade le plus précoce possible de la grossesse et à chaque visite pour des soins prénatals.

- Il est important d'interroger les femmes à chaque visite de soins prénatals car certaines d'entre elles ont tendance à signaler des informations sensibles seulement après avoir établi une relation de confiance
- Les femmes enceintes devraient être averties des risques possibles dus à la consommation d'alcool et de drogues pour leur santé et celle de leur enfant
- Des instruments de dépistage validés pour la consommation d'alcool et d'autres substances et pour les troubles dus à l'utilisation de substances sont disponibles
- Les prestataires de soins devraient être préparés à intervenir ou à orienter vers un centre spécialisé toutes les femmes enceintes identifiées comme consommatrices d'alcool et/ou de drogues (antérieurement et actuellement).

Concernant les femmes identifiées comme dépendantes vis-à-vis de l'alcool ou de drogues, la directive comprend notamment les recommandations suivantes :

- Les prestataires de soins devraient, dès qu'ils en ont l'opportunité, conseiller aux femmes enceintes dépendantes vis-à-vis de l'alcool ou de drogues de cesser leur consommation d'alcool ou de drogues et leur proposer une désintoxication, ou les orienter vers un centre de désintoxication spécialisé, sous surveillance médicale lorsque cela est nécessaire et applicable (recommandation forte fondée sur une preuve de très faible qualité).

orientation vers des dispositifs de prise en charge spécialisés.

Les initiatives de réduction des risques

L'abstinence peut toutefois être un objectif inadéquat voire irréaliste pour certaines femmes. Il peut dès lors convenir, en accord avec le projet de la mère et de son/ sa partenaire, d'adopter des mesures de réduction des risques et dommages.

Certains programmes à destination des familles et des femmes futures mères ont montré leur efficacité (voir chapitre 4.4). Les interventions brèves et les entretiens motivationnels s'accompagnent aussi de bons résultats en matière de réduction de la consommation⁴⁹².

La réduction des risques liés à la consommation d'alcool en période de grossesse gagne à s'ancrer dans une approche compréhensive, non-jugeante et non-culpabilisante, et holistique. Réduire

ou réguler la consommation d'alcool passe en effet d'abord par une amélioration du contexte social et de vie de la mère et de son entourage (logement, précarité, soutien à la parentalité, insécurité alimentaire, violences, santé mentale et physique). Les professionnel·les en contact avec les femmes enceintes peuvent mettre en place plusieurs moyens de les soutenir, à savoir⁴⁹³ :

- Parler du rôle de l'alcool dans leur vie et être prêt·e à gérer tous les besoins consécutifs à une réduction ou un arrêt de la consommation. Par exemple, si la consommation d'alcool est liée à un état dépressif, il sera nécessaire de mettre en place un soutien pour gérer celui-ci ;
- Prendre en compte les bénéfices liés à la consommation d'alcool, notamment gérer le stress, créer du lien social et l'automédication. Cette approche empathique et non-jugeante participe à identifier les motivations à boire ;
- Encourager et renforcer toute réduction de la consommation et véhiculer l'idée qu'il n'est jamais trop tard même pour les petits changements ;
- Passer en revue les différents moyens (petits ou grands) de réduire l'usage d'alcool ;
- Prendre conscience des conditions de vie de l'usagère et des nombreux facteurs qui peuvent affecter son choix de consommer de l'alcool ;
- Parler de la relation au fœtus/enfant à naître, du rôle de parent, des représentations et attentes liées à la maternité ;
- Éviter les reproches : beaucoup de femmes ont la volonté de diminuer ou

.....
⁴⁹¹ Organisation mondiale de la Santé (2017). Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive [WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience]. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

.....
⁴⁹² Heberlein, A., Leggio, L., Stichtenoth, D., & Hillemacher, T. (2012). The treatment of alcohol and opioid dependence in pregnant women. *Current opinion in psychiatry*, 25(6), 559-564.

.....
⁴⁹³ Saskatchewan prevention institute (2009). Supporting women who drink during pregnancy. Learning about FASD – Modules. Module 5. Canada.

- arrêter de consommer, mais n'ont pas les compétences psychosociales, le soutien ou contexte favorables ;
- Avoir conscience que l'usagère peut avoir un passé sensible/traumatique et peut avoir vécu et vivre encore des violences (physiques, sexuelles, psychologiques, émotionnelles, économiques, etc.) ;
 - Parler des croyances de l'usagère vis-à-vis du changement : il est possible qu'elle ne voie pas le changement comme quelque chose de positif ou nécessaire pour elle et/ou son bébé ;
 - Prendre en compte le contexte social dans lequel s'inscrit sa consommation d'alcool. Sa famille, ami-es et communauté peuvent concevoir la consommation comme une norme et l'usagère peut dès lors craindre que réduire ou arrêter ait un impact négatif sur sa relation à son entourage.

Recourir aux outils de dépistage adaptés

Une revue systématique de sept outils de dépistage différents a conclu que l'AUDIT-C, le T-ACE et le TWEAK étaient les questionnaires les plus efficaces pour le repérage de l'usage à risque d'alcool chez les femmes enceintes⁴⁹⁴. Le T-ACE comprend 4 items et vise notamment à évaluer la tolérance aux effets de l'alcool et les attitudes de l'entourage. Simple, court et adapté à la pratique obstétricale, cet outil a été jugé plus adapté pour les femmes enceintes que le CAGE et le MAST, deux autres questionnaires de dépistage utilisés en population générale⁴⁹⁵.

494 British Medical Association (2016). Op. Cit

495 Gaugue-Finot, J., Wendland, J. & Varescon, I. (2009). Enjeux du dépistage de la consommation d'alcool pendant la grossesse. *Devenir*, vol. 21, (3), 125-142.

T-ACE		
T	Tolérance	Combien de verre(s) vous faut-il pour ressentir les effets de l'alcool ?
A	Agacement	Est-il arrivé que des proches, des professionnel·les de la santé s'inquiètent de votre consommation d'alcool ?
C	Cessation	Avez-vous déjà essayé de réduire votre consommation d'alcool ?
E	Éveil	Avez-vous déjà eu besoin de consommer de l'alcool le matin pour être en forme ?

L'attitude empathique du professionnel·le de santé et sa capacité à établir une relation de confiance sont fondamentales dans le repérage car la crainte de la stigmatisation peut décourager les femmes enceintes à révéler leur consommation d'alcool⁴⁹⁶. L'OMS recommande également de respecter l'autodétermination des femmes, tout en veillant à éviter la discrimination⁴⁹⁷.

Encourager les professionnel·les à amorcer le dialogue sur l'alcool

La plupart des femmes consultent des professionnel·les de santé durant leur grossesse. Pourtant, plusieurs expert-es indiquent que l'usage d'alcool durant la grossesse est encore un sujet sensible voire tabou, tant pour les femmes que

pour les professionnel·les de la santé⁴⁹⁸. Certaines femmes hésitent à évoquer leur consommation ou à obtenir des soins et du soutien. Ces réticences peuvent être liées à la crainte d'être stigmatisées ou sanctionnées, à une méconnaissance des risques sur leur santé et celle de l'enfant à naître, ou encore à une perception négative des structures d'aide disponibles. Du côté des professionnel·les de santé, les freins invoqués peuvent être le manque de temps, une formation inappropriée, la crainte de culpabiliser les futures mères, ou la méconnaissance des services d'aide vers lesquels les orienter⁴⁹⁹.

Diverses études indiquent que l'information reçue par les femmes enceintes au sujet de l'alcool ne provient pas nécessairement des acteurs de prise en charge prénatale. Dans le cadre de l'enquête Baromètre Santé 2017 en France⁵⁰⁰, environ 40 % des femmes enceintes ou mères de jeunes enfants interrogées ont déclaré ne pas avoir été informées des risques liés à la l'usage d'alcool et de tabac par le/la médecin ou la/le sage-femme ayant assuré le suivi de leur grossesse. Il est donc particulièrement important d'assurer la formation de base et continue des professionnel·les

498 Société Scientifique de Médecine Générale (2009). *Alcool, grossesse et allaitement. Les aide-mémoire de la Société Scientifique de Médecine Générale*. Cahier prévention de la SSMG, 2009. URL : https://www.ssmg.be/wp-content/images/ssmg/files/Cahiers_de_prevention/am6.pdf

499 Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (2009). *Alcool et grossesse. Comment en parler ?* France. URL : http://www.anpaa5962.org/_docs/Fichier/2014/6-140711033020.pdf

500 Santé publique France (2017). *Études et enquêtes. Baromètre santé 2017. Alcool et tabac. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse*. URL : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1859.pdf>

de santé. Cependant, compte tenu des difficultés à aborder le thème de l'alcool, plusieurs expert-es recommandent de largement diffuser les outils permettant aux professionnel-les de susciter le dialogue sur cette question.

EXEMPLES DE GUIDES
«ALCOOL ET GROSSESSE»
ÉLABORÉS À DESTINATION DES
PROFESSIONNEL-LES DE SANTÉ

Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaine alimentaire et environnement (2018). «Pendant la grossesse et l'allaitement, la consommation d'alcool est nocive pour le bébé. Fiches pratiques pour aborder le sujet avec vos patientes»★

Van Impe M., Schmets A., de Doncker J., Crollard M., Dungalhoeff C., (2017). «Soutenez un meilleur départ. La question de l'alcool avant, pendant et après la grossesse. Un guide destiné aux professionnels périnataux de la santé». Service Public Fédéral, Service Public Fédéral Santé Publique★

Whittaker, A., Bonnet, N., Chihaoui, T. (2013). «Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse». RESPADD. Réseau de Prévention des Addictions★

ANPAA (2009). «Alcool et grossesse. Comment en parler?». Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie. France★

Mener des interventions brèves auprès des femmes en âge de procréer et celles qui sont enceintes

L'OMS recommande l'utilisation des interventions brèves chez les femmes en âge de procréer, et celles qui sont enceintes⁵⁰¹. Même si elles sont encore peu répandues en Europe et que leur efficacité auprès de ce public nécessiterait d'être davantage documentée⁵⁰², les interventions brèves présentent un coût relativement peu élevé⁵⁰³. Elles peuvent être menées dans une variété de contextes professionnels, et être réalisées par divers intervenant-es socio-sanitaires. Se situant à mi-chemin entre la prévention et le traitement en fonction des objectifs, ces entretiens de courte durée (une à quelques séances de 5 à 30 minutes) peuvent par exemple, en fonction de la situation de l'usager-e, prévenir ou retarder la consommation de substances, réduire l'intensité ou la fréquence d'usage, prévenir une évolution vers un usage problématique, ou encore encourager une usagère alcoolodépendante à entamer un traitement spécialisé.

L'intervention brève intègre souvent des techniques issues des entretiens motivationnels. Ceux-ci situent l'usager-e au centre de la relation et l'incitent à une participation active, par des questions ouvertes et non directives. Il s'agit, pour

.....

501 Organisation mondiale de la Santé (2010). *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*. OMS. Genève.

502 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2017). *Rapport européen sur les drogues 2017. Tendances et évolutions*. Office des publications de l'Union européenne.

503 World Health Organization (2010). *The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use. A manual for use in primary care*. World Health Organization.

les professionnel-les, d'adopter une attitude fondée sur l'écoute et l'empathie. L'intervention brève peut s'effectuer selon un schéma résumé par l'acronyme FRAMES (RÉAGIR en français).

RECOMMANDATIONS POUR UNE ATTITUDE ADAPTÉE LORS D'UNE INTERVENTION BRÈVE : LE CADRE FRAMES ⁵⁰²		
F	Feed back	Informar sur les risques associés à l'usage d'alcool
R	Responsibility	Rappeler que rien ne peut se faire sans une décision personnelle
A	Advice	Fournir des conseils
M	Menu of change	Explorer les différentes stratégies de réduction des risques et de suivi
E	Empathy	Adopter une attitude chaleureuse, respectueuse, compréhensive, non autoritaire et non culpabilisante
S	Self-efficacy	Insister sur les capacités personnelles du ou de la patient-e pour renforcer sa motivation

Les interventions brèves auprès des femmes enceintes ayant un niveau élevé de consommation d'alcool ont montré une certaine efficacité, à condition que leurs partenaires soient inclus-es dans l'intervention. À l'inverse, une démarche axée seulement sur l'information et la

.....

504 Santé publique France (2004). *Aborder la question de l'alcool en consultation*. Document réalisé dans le cadre du Programme «prévention de la consommation excessive d'alcool» du Ministère de la santé. Alcool Actualités ; n°20. URL : http://hepatoweb.com/Documents_PDF/Alcool/Excessif_Alcool.pdf

promotion de l'abstinence peut renforcer les ressentis de stigmatisation et de honte. Il est donc essentiel de promouvoir une approche adaptée aux préoccupations des femmes, centrée sur les capacités personnelles et l'estime de soi. Ce type d'approche est généralement plus efficace que la promotion de la tolérance zéro, basée uniquement sur l'information⁵⁰⁵.

.....
505 Organisation mondiale de la Santé (2017). Op. Cit.

PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES AUPRÈS DES PERSONNES RACISÉES ET DES PERSONNES MIGRANTES

Relecture : Anne-Claire Orban
(BePax asbl)

Les personnes racisées et les personnes migrantes ont intrinsèquement les mêmes besoins que n'importe quel·le usager·e de substances psychoactives et leur présence au sein des groupes vulnérables à l'usage (problématique) d'alcool et de drogues ne semble pas découler de la culture ou l'origine mais plutôt de leurs expériences de l'exclusion sociale, des discriminations et de leurs impacts psychologiques⁵⁰⁶.

La désignation de «personne migrante» recouvre de multiples réalités : certains publics ont immigré récemment, d'autres depuis plusieurs années ; le statut de leur séjour varie énormément (Européen·nes, extra-Européen·nes, migrant·es en situation régulière, bénéficiaires de la protection subsidiaire, demandeur·ses de séjour ou d'asile, sans-papiers, etc.). À ces cas de figure distincts correspondent des situations spécifiques. Par exemple, les personnes en

situation irrégulière subissent une insécurité administrative et économique importante. Elles sont d'ailleurs susceptibles d'être victimes de traite ou de trafic d'êtres humains, soit parce qu'elles sont arrivées par ce type de délits, soit parce que la clandestinité et l'absence de revenus sur le territoire d'accueil les rendent particulièrement vulnérables. Elles ont généralement une connaissance lacunaire de leurs droits et des services de santé existants. De plus, certaines structures de soins peuvent refuser de prendre en charge les personnes particulièrement précarisées qui ne sont pas assurées, et, dans le meilleur des cas les réorienter vers des hôpitaux publics. Ces refus et réorientations agissent comme des obstacles supplémentaires, pouvant finalement mener ces personnes à renoncer aux soins dont elles ont besoin. S'ajoutent à ces éléments la peur des institutions, de la police et la crainte d'être fiché·e. Les personnes migrantes sont donc généralement sous-représentées au sein des structures de prévention et de soins.

La notion de «racisation» (une personne «racisée») désigne le processus dynamique et structurel de production sociale de la «race»⁵⁰⁷. La «race» est donc le produit du rapport social ; elle est une construction sociale, économique, historique et politique qui a des effets néfastes sur les personnes racisées et maintient les privilèges des personnes blanches. Les rapports entre personnes racisées, personnes blanches et les institutions sont forgés par l'histoire coloniale et migratoire, par les expériences de persécution, racisme, oppression, discrimination, inégalité, hostilité ou

acceptation^{508,509}. Depuis les années 1960, la recherche scientifique a prouvé l'inexistence génétique des «races» humaines ; pour autant, cette réalité n'a atteint que très partiellement la population générale (y compris certaines figures politiques, intellectuelles, médiatiques et scientifiques). La notion de «race», les discours et pratiques qui s'y rattachent, persistent dans le monde social et structurent encore aujourd'hui les rapports sociaux⁵¹⁰.

Les discriminations et violences à l'égard des personnes racisées et des personnes migrantes impactent la qualité de vie de celles-ci, leur accès aux services de prévention, aide et soins, et donc leur santé physique et mentale. Les discriminations à l'emploi ou au logement, lors des contacts avec les institutions (police, justice, soins, administration, etc.), le manque de confiance dans ces institutions, la frustration, l'anxiété, la colère et le stress qui résultent des expériences de discrimination, oppression, racisme, injustice sociale, ethnocentrisme et instabilité sociale, sont autant de facteurs de risque susceptibles de contribuer directement ou indirectement à la consommation simple ou problématique d'alcool.

508 NIAAA (2005). *Ethnicity, culture, alcohol*. Module 10h. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

509 Il faut noter que la notion de «blanchité» ne dépend pas uniquement de la couleur de peau blanche d'un individu ; il s'agit en effet d'une position de domination qui dépend également de la place de cet individu dans la société (notamment son statut socio-économique) et de l'imaginaire autour de son appartenance ethnique (qui comprend l'ensemble des discours autour de la possibilité ou non d'intégrer la société d'accueil).

510 Voir notamment Templeton A. R. (2013). Biological races in humans. *Studies in history and philosophy of biological and biomedical sciences*, 44(3), 262-271.

506 Ces facteurs de risques peuvent évidemment se combiner aux autres facteurs de risque et de protection épinglés tout au long de ce livret.

507 Pfefferkorn, R. (2011). Rapports de racisation, de classe, de sexe... *Migrations Société*, 133(1), 193-208.

LES PERSONNES MIGRANTES

La plupart des personnes migrantes sont relativement en bonne santé mentale et physique (en particulier au regard des maladies chroniques) ; ceci s'explique notamment par le fait qu'ils-elles sont souvent relativement jeunes⁵¹¹. Cependant, ce «paradoxe du migrant-e en bonne santé» ne s'applique pas aux personnes réfugiées et demandeuses d'asile⁵¹², en raison des conditions de vie et situations qu'ils-elles ont fuies (persécutions, guerre, etc.), le

souvent difficile et dangereux voyage vers le pays d'accueil, et/ou le mauvais accueil voire l'hostilité du pays d'accueil⁵¹³.

Il n'y a pas de lien causal direct entre migration et consommation problématique d'alcool. Toutefois, plusieurs circonstances rendent les personnes migrantes davantage vulnérables à l'usage (problématique) de substances psychoactives. Les expériences traumatiques, le chômage ou des conditions de travail incertaines ou précaires, l'ennui, la difficulté de se projeter, la précarité, la

frustration, la complexité administrative, les discriminations et violences au sein du pays d'accueil, la perte de soutien familial et social, les difficultés d'affirmation et de valorisation sociales, l'envie de socialiser (l'alcool étant un moyen de socialiser dans nombre de pays), et parfois un moindre contrôle normatif de la société d'accueil, sont autant de facteurs influençant la santé et le bien-être, et autant de motifs de consommation (y compris à des fins d'automédication). S'ajoutent à cela de plus grands risques de dépression et de troubles anxieux (liés aux conditions socioéconomiques, aux expériences de discrimination, à la perte de statut socioéconomique, aux expériences traumatiques vécues dans le pays d'origine ou lors du parcours migratoire) et, selon les cas, des normes parfois plus laxistes vis-à-vis de la consommation d'alcool et

511 Lemmens P., Dupont H. and Roosen I. (2017). *Migrants, asylum seekers and refugees: an overview of the literature relating to drug use and access to services*. EMCDDA. Lisbon.
512 Pour comprendre ce que désignent ces différents termes, voir la brochure du CIRÉ : <https://www.cire.be/wp-content/uploads/2011/12/brochure-qui-est-refugie-2018-6.3-web.pdf>

513 Lemmens P., Dupont H. and Roosen I. (2017). Op. Cit.
514 Lemmens P., Dupont H. and Roosen I. (2017). Op. Cit. ; ISPA (2006). *Genre masculine et dépendances : données de base et recommandations*. Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies. Suisse : Lausanne ; NIAAA (2005). Op. Cit.

FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION D'USAGE PROBLEMATIQUE D'ALCOOL CHEZ LES PERSONNES MIGRANTES ⁵¹²

Facteurs de risque

- › Être célibataire
- › Ennui, chômage
- › Expériences traumatiques
- › Venir d'une culture de forte consommation d'alcool
- › Venir d'une culture de non-consommation d'alcool
- › Pauvreté, précarité
- › Mauvaise connaissance des services de prévention, réduction des risques et soins
- › Vivre dans des quartiers défavorisés
- › Difficultés d'intégration dans le pays d'accueil
- › Lourdeur administrative pour l'obtention d'autorisations de séjour
- › Inégalités sociales et économiques
- › Discriminations, racisme, xénophobie
- › Perte d'un statut socioéconomique valorisant suite à la migration

Facteurs de protection

- › Forte affiliation religieuse
- › Appartenir à une communauté ou un groupe
- › Avoir un soutien familial ou un réseau social fort
- › Intégration dans la nouvelle société (langue, travail, vie de quartier, etc.)
- › Bonne condition physique et mentale
- › Identification précoce des besoins en santé mentale
- › Accessibilité des services psychosociaux et sanitaires

une offre d'alcool plus forte dans le pays d'accueil⁵¹⁵. Parallèlement, les personnes migrantes sont également susceptibles d'être particulièrement attentives à adopter un comportement irréprochable (y compris ne pas consommer ou être sous l'influence de substances psychoactives), afin d'être acceptées par la société d'accueil, de trouver ou conserver un travail, etc.

De même, le contrôle social et institutionnel potentiellement accru des centres d'hébergement peut agir comme un facteur protecteur⁵¹⁶.

Les symptômes de dépression et de stress post-traumatiques sont généralement moins pris en charge qu'au sein de la population générale. En effet, d'une part, les personnes sans papier ou ne bénéficiant pas encore du statut de réfugié-e n'ont peu (voire pas) accès aux services de santé mentale ; d'autre part, une fois le statut de réfugié-e acquis, les personnes migrantes ont moins recours à ces services. Ce moindre recours s'explique en premier lieu par le nombre limité de dispositifs de santé mentale (et de traitement des addictions) adaptés aux personnes demandeuses d'asile ; en second lieu, il est également fort probable que les personnes migrantes aient une connaissance limitée des services existants, manquent des compétences culturelles, linguistiques et de communication générale pour accéder à ces services, ou ont peur

ou une certaine méfiance envers les institutions⁵¹⁷.

STRATÉGIES EFFICACES ET BONNES PRATIQUES

Évaluer la consommation de drogues (y compris l'alcool) des personnes migrantes et des personnes racisées et non-racisées n'est pas chose aisée. D'une part, les statistiques ethniques ne sont pas autorisées en Belgique et, d'autre part, les parcours fort différents des personnes migrantes rendent les estimations difficiles⁵¹⁸. Il y a donc un manque significatif de données en ces matières en Belgique, ce qui freine l'évaluation des besoins et la mise en place de services et dispositifs adaptés à ces publics.

S'il est recommandé de développer les compétences transculturelles des professionnel·les et l'accessibilité des services, il est aussi central de ne pas réduire les usager-es à leur appartenance culturelle réelle ou supposée, et de déconstruire l'ensemble des préjugés qui biaisent la relation entre les professionnel·les et les usager-es racisé-es ou migrant-es. Quelle que soit l'origine réelle ou supposée d'un individu, sa situation doit donc être comprise dans sa globalité et sa complexité (psychologique, sociale, économique, environnementale, culturelle, etc.). Compte tenu du manque de données en Belgique, il nous est toutefois difficile de développer les bonnes pratiques spécifiques de prévention et réduction des risques à destination des personnes racisées.

.....
515 Lemmens P., Dupont H. and Roosen I. (2017). Op. Cit. ; Sanchez-Mazas P. (2013). Migration et addictions, ni *Dépendances*, n°46. Suisse : Lausanne.

516 Anne-Claire Orban, chargée d'étude et d'animation, asbl BePax, communication personnelle, 15/11/2019.

.....
517 Lemmens P., Dupont H. and Roosen I. (2017). Op. Cit.

518 Lemmens P., Dupont H. and Roosen I. (2017). Op. Cit.

Améliorer l'accessibilité des services

- Se montrer accueillant-e envers les personnes migrantes
- Identifier les obstacles qui rendent l'accès difficile et les surmonter :
 - Manque de sensibilité aux différences culturelles
 - Horaires et localisation
 - Diversité du personnel des services
 - Méfiance vis-à-vis de la confidentialité de la part des usager-es
 - Langue (adapter les outils de communication, améliorer l'accès aux interprètes, préférer les entretiens individuels aux groupes de parole, etc.)
 - Manque de connaissances relatives aux drogues
 - Sensibilisation insuffisante des services
- Mettre en place des dispositifs d'*outreach*
- Collaborer avec les personnes migrantes aux processus de planification des services

Intégrer la diversité dans les dispositifs de prévention, de réduction des risques et de soins

- Améliorer les compétences transculturelles des professionnel·les (déconstruire les stéréotypes, diffusion d'informations objectives et rationnelles sur les cultures, apprendre à se décentrer, etc.)
- Lutter contre les discriminations internes afin d'inclure des personnes racisées au sein du personnel
- Engager des professionnel·les issu·es de différents horizons sociaux, culturels et linguistiques
- Former les interprètes ou médiateur·rices culturel·les au non-jugement, à l'approche objective, à la confidentialité, au consentement éclairé, et les soutenir
- Former et soutenir le personnel et les bénévoles
- Instaurer une communication inclusive (symboles, pictogrammes pouvant parler à tous et toutes)
- Offrir des informations et services en plusieurs langues, sans en imposer une aux usager-es polyglottes
- Avoir conscience des questions politiques, structurelles et économiques ayant une incidence sur le bien-être des usager-es
- Collaborer avec les publics cibles dans le choix des langues et styles de communication

Améliorer la santé globale des personnes migrantes

- Améliorer l'accès aux dispositifs de soins de santé physique et mentale, y compris les personnes non-couvertes par une assurance-maladie
- S'assurer que les structures de soins prennent en charge les personnes les plus vulnérables
- Améliorer la détection de problèmes de santé mentale
- Créer des dispositifs innovants pour améliorer la santé mentale des personnes migrantes
- Mettre en place et rendre accessibles des dispositifs adressant les problèmes de santé mentale

Améliorer l'accueil des personnes migrantes au sein de la société d'accueil

- Mettre en place des conditions d'accueil, de logement et de vie suffisantes et adaptées aux besoins et situations multiples et parfois complexes des personnes migrantes
- Assurer le respect des droits fondamentaux des personnes migrantes
- Former les professionnel·les en relation avec les personnes migrantes à travailler avec elles
- Faciliter l'accès à un soutien sur le plan social ou émotionnel
- Proposer ou orienter vers des interventions et des programmes qui intègrent les éléments suivants :
 - Préoccupations et expériences des immigrant·es et des nouveaux arrivant·es
 - Aiguillage des nouveaux arrivant·es vers les services et les soutiens liés à la santé
 - Effets uniques de l'immigration sur l'accès à l'information, aux soins et au soutien
 - Programmes adaptés aux besoins des immigrant·es et des nouveaux arrivant·es

Développer la recherche

- Améliorer les connaissances relatives à l'usage problématique d'alcool chez les personnes déplacées de force
- Améliorer et adapter les efforts de prévention et d'aide

519 UNODC (2004). *La prévention de l'abus de drogues parmi les jeunes des minorités ethniques et autochtones*. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. Vienne ; Agence de la santé publique du Canada (2014). *Question et réponses : pratiques d'inclusion dans la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les minorités ethnoculturelles*. Agence de

la santé publique du Canada. Canada : Ottawa ; UNODC (n.d.). *Drug dependence treatment. Interventions for drug users in prison*. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. Vienne ; Lemmens P., Dupont H. and Roosen I. (2017). Op. Cit. ; Sanchez-Mazas P. (2013). Op. Cit. ; Adfam – Families, drugs and alcohol (2010). Including diverse families : good practice guidelines. United Kingdom : London ; Anne-Claire Orban, chargée d'étude et d'animation, asbl BePax, communication personnelle, 15/11/2019.

PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES AUPRÈS DES TRAVAILLEUSES ET TRAVAILLEURS DU SEXE

Relecture : Cécile Cheront (Espace P... asbl) et Maxime Maes (Utsopi asbl)

D'après les études scientifiques, l'alcool et le tabac sont les drogues les plus consommées par les femmes, hommes et personnes transgenres travailleur·ses du sexe. Dans une moindre mesure, les médicaments psychotropes sont en troisième position (principalement benzodiazépines et barbituriques)^{520,521}.

Une étude menée en Belgique en 2011 auprès de 543 travailleur·ses du sexe interrogé·es par trois services actifs sur le terrain (Ghapro, Pasop et Espace P...) a permis d'estimer la consommation de drogues licites et illicites au sein de cette population, le recours aux services d'aide et de soins, et d'appréhender les pratiques et représentations entourant la consommation

de ces substances⁵²². D'après cette étude, les femmes travailleuses du sexe consomment davantage d'alcool que les femmes de la population générale⁵²³. Au total, 74,4 % des personnes interrogées ont consommé au moins une fois de l'alcool au cours du mois précédent (92,6 % plus d'une fois sur la vie). Le double (29 %) de travailleuses du sexe consomment de l'alcool plus de 4 fois par semaine, en comparaison avec les femmes en population générale (14,5 %) ; et 13 % des travailleuses du sexe consomment quotidiennement contre 8,7 % dans la population générale. La consommation quotidienne concerne particulièrement les travailleuses actives dans la rue ou dans le secteur bar/club. La prévalence du *binge drinking*⁵²⁴ au cours du dernier mois est de 36 % auprès des travailleuses du sexe (8,7 % chez les femmes en population générale). Cette pratique est davantage présente chez les travailleuses actives dans le secteur bar/club. Plus de 40 % des travailleuses consommant de l'alcool déclarent davantage le faire les jours où elles travaillent (en comparaison avec les jours où elles ne travaillent pas) ; la moitié de celles qui consomment les jours de travail le font sur leur lieu de travail. L'étude permet de mettre en lumière que la consommation problématique de produits psychotropes (y compris l'alcool) ne concerne pas la majorité des travailleur·ses du sexe et de déconstruire les préjugés associant systématiquement les travailleur·ses du sexe à l'addiction à

un produit, à la perte de contrôle ou à un processus d'autodestruction⁵²⁵.

La consommation d'alcool au sein de cette population est associée à une mauvaise santé physique, l'usage de drogues illicites, des problèmes de santé mentale et l'expérience de violences sexuelles⁵²⁶. Si les travailleur·ses du sexe peuvent partager certains facteurs de risques liés à la consommation simple et la consommation problématique d'alcool avec la population générale (par exemple, consommation problématique des parents, forte présence de l'alcool au domicile parental, conditions de travail difficiles (voir chapitre 4.6), etc.), le milieu du travail du sexe présente des facteurs qui lui sont spécifiques.

L'exercice de la prostitution comporte des risques et des dommages potentiels, qui dépendent de multiples facteurs (y compris le contexte de travail : rue, vitrine, vitrine/bar, bar/club, *escort*, prostitution privée). Les travailleur·ses du sexe ont davantage de risques de contracter des IST, y compris le VIH. Les expériences de violences physiques, sexuelles, psychologiques, symboliques, institutionnelles et économiques sont également associées aux activités sexuelles rémunérées (voir encadré). Les violences peuvent entraîner le décès, le handicap, des cicatrices émotionnelles, du stress et une faible estime de soi. Les travailleur·ses du sexe sont souvent victimes de discriminations qui peuvent s'accompagner de maltraitances et violences, de la criminalisation des travailleur·ses, du refus de donner accès à des services (police,

520 Da Silva L., Evangelista L. (2004). *La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution masculine*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies. France : Saint-Denis.

521 Decorte T., Stoffels I., Leuridan E., Van Damme P., Van Hal G. (2011). *Prostitution et drogues. Une étude quantitative et qualitative concernant l'usage de drogues chez les travailleuses du sexe en Belgique*. Gent : Academia Press.

522 Decorte et al. (2011). Op. Cit.

523 Point de comparaison de l'étude : enquête HIS 2008.

524 Défini ici comme la consommation d'au moins 6 unités d'alcool au cours d'une même occasion.

525 Cécile Cheront, coordinatrice générale de l'asbl Espace P..., communication personnelle, 09/10/2019.

526 Nous parlons ici d'association, et non de causalité.

soins, administratifs, etc.), du non-respect de leurs droits fondamentaux, et qui ont des conséquences néfastes sur leur santé physique et mentale. Il est important de souligner que les travailleurs et travailleuses du sexe peuvent être victimes de plusieurs stigmatisations liées à la sérophobie, la transphobie, l'homophobie, le genre féminin, leurs origines ethnoculturelles, leur couleur de peau, etc. et partagent dès lors des facteurs de risques communs qui peuvent influencer la consommation (problématique) d'alcool. La criminalisation des travailleur-ses, même dans les pays où la prostitution n'est pas illégale, est associée à des violences, au harcèlement policier, à des risques accrus d'IST et VIH, à des maladies mentales, à l'usage de drogues illicites, à une faible estime de soi, à la perte de lien social et affectif (famille, ami-es), à la mortalité liée au travail, et à des restrictions en termes de voyage, emploi, logement, droits parentaux. Enfin, les personnes migrantes, en particulier celles prises dans des réseaux de trafic humain et d'exploitation, sont d'autant plus à risque qu'elles ont généralement un moindre accès aux services de soin et qu'elles sont très mobiles (ce qui gêne fondamentalement la création de réseaux d'aide et la continuité des soins)⁵²⁷.

LES VIOLENCES À L'ENCONTRE DES TRAVAILLEUR-SES DU SEXE ⁵²⁶

Les violences exercées à l'encontre des travailleurs et travailleuses du sexe (TDS) sont les conséquences de la stigmatisation (et de la criminalisation) du travail du sexe, ainsi que des discriminations basées sur le genre (notamment les femmes, les personnes transgenres), la couleur de peau, la culture, la séropositivité, l'orientation sexuelle, l'usage de drogue, etc.

Les TDS peuvent rencontrer plusieurs formes de violence : physique, sexuelle, psychologique ou émotionnelle, mais aussi économique (extorsion d'argent, refus ou vol de salaire ou de paiement), symbolique (mépris, remise en question systématique des déclarations des TDS, culpabilisation, etc.) et institutionnelle (arrêt, fouille corporelle invasive ou détention arbitraire par les forces policières, incarcération arbitraire, refus d'enregistrer une plainte, refus d'accès à des services de santé, etc.).

Les contextes de violences peuvent varier : sur les lieux de travail, les violences exercées par des partenaires intimes ou des membres de la famille, celles commises dans des lieux publics, les violences non étatiques organisées (c'est-à-dire des groupes organisés ayant des motivations pécuniaires ou morales), et les violences étatiques.

Les motivations à boire de l'alcool sont évidemment multiples, comme c'est le cas dans la population générale : par plaisir, pour se détendre, pour gérer ou apaiser l'anxiété, se donner du courage, être désinhibé-e, cacher la timidité, comme stratégie de *coping*, etc. Les travailleurs et travailleuses du sexe sont un groupe hétérogène, dont les parcours, ressources, motivations et conditions de travail varient.

Le contexte dans lequel le travail du sexe prend place peut accentuer ces motivations à boire ; d'autres incitants peuvent également intervenir, notamment se réchauffer dans le cadre d'un travail de rue, trouver le sommeil (les travailleur-ses du sexe ayant souvent un rythme de vie décalé), faire une pause avec des collègues, accompagner le rituel de préparation à aller travailler, etc.

Plusieurs facteurs liés à cet environnement particulier peuvent jouer un rôle dans la consommation (problématique) d'alcool. Plusieurs études montrent que tant les clients que les travailleur-ses du sexe peuvent avoir recours à l'alcool pour faciliter leur participation aux rapports sexuels rémunérés⁵²⁹ ; les clients peuvent également boire dans la perspective erronée d'améliorer leurs performances sexuelles (voir chapitre 1.5). Certains lieux de travail et/ou de prise de contact avec le client se font dans des lieux de consommation (bar, maison close) ; il n'est pas rare non plus que

527 Rekart, M. (2006). Sex-Work Harm Reduction, in *The Lancet*, 366(9503):2123-34.

528 OMS; UNFPA; ONUSIDA; Réseau mondial des projets sur le travail du sexe (NSWP); Banque mondiale; Programme des Nations Unies pour le développement (2015). Mettre en œuvre des

programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe : approches pratiques tirées d'interventions collaboratives. Suisse : Genève.

529 Li, Q., Li, X. & Stanton, B. (2010). Alcohol Use Among Female Sex Workers and Male Clients: An Integrative Review of Global Literature, in *Alcohol and alcoholism*, Oxford, Oxfordshire, 45, 188-99.

les clients incitent à la consommation⁵³⁰ ou que les travailleur-ses du sexe poussent les clients à boire et/ou à leur offrir des boissons (notamment s'ils-elles touchent une commission). L'alcool, notamment dans le secteur des clubs/bars, peut être bu pour faciliter le passage à l'acte sexuel, mais également pour y échapper ; dans ce cas-là, les travailleur-ses du sexe développent des stratégies pour faire consommer de grandes quantités d'alcool aux clients, en buvant elles-mêmes ou eux-mêmes le moins possible. Dans le travail de rue, la consommation d'alcool a davantage une fonction de *coping*, pour faire face au travail, aux états dépressifs, aux traumatismes, aux émotions envahissantes, à la solitude, à l'ennui, aux problèmes financiers, de couple, familiaux, de logement, à la douleur, au rejet, etc.⁵³¹

L'ensemble des expériences négatives liées à la prostitution, qu'il s'agisse des discriminations, des violences, de l'atteinte aux droits fondamentaux, les situations de précarité, du secret qu'ils-elles gardent vis-à-vis de leur famille ou ami-es, des conflits avec la police, les clients ou même les proxénètes, ou encore de la criminalisation, peuvent générer des problèmes de santé physique et mentale, notamment de la peur, du stress et de l'anxiété. Les travailleur-ses du sexe peuvent dès lors avoir recours à la consommation d'alcool comme stratégie de *coping* ou d'automédication⁵³².

STRATÉGIES ET BONNES PRATIQUES

Les travailleurs et travailleuses du sexe ont depuis longtemps développé des stratégies afin de réduire les risques liés à leurs activités professionnelles. L'environnement dans lequel ils-elles évoluent peut cependant être peu propice à leur bonne santé physique et mentale, et comporte des facteurs de risque en matière de consommation d'alcool. Compte tenu de cette configuration, il est central que les dispositifs de prévention et de réduction des risques s'intègrent dans une approche globale et intégrée, qui se saisisse de l'ensemble des problèmes et risques liés à la prostitution (soins, justice, lutte contre les discriminations, soutien parental, conditions de travail, soutien psychologique, logement, droits sociaux, etc.).

De plus, d'un point de vue plus général, il reste important de s'interroger sur les effets pervers de la criminalisation du travail du sexe, de mettre en place des lois et politiques publiques visant à réduire ceux-ci et d'améliorer sensiblement les conditions de travail des travailleur-ses du sexe.

.....
530 Les incitations des clients masculins, parfois insistantes voir coercitives, peuvent malheureusement être une manière d'avoir l'aval sur le travailleur ou la travailleuse du sexe, et d'imposer des relations non voulues et/ou non protégées.

531 Decorte et al. (2011). Op. Cit.

532 Li, Q., Li, X. & Stanton, B. (2010). Op. Cit.

BONNES PRATIQUES DE PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES AUPRÈS DES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES DU SEXE (TDS)⁵³¹

Lutte contre les violences

- › Assurer le respect des droits fondamentaux
- › Fournir des services psychosociaux, juridiques et autres, selon les besoins des TDS
- › Fournir des services de santé aux TDS victimes de violences physiques, sexuelles et psychologiques
- › Promouvoir la sécurité des TDS (lieux de travail à moindre risque, informations ou conseils sur la sécurité des TDS, création d'espaces sécurisés, etc.)
- › Favoriser la redevabilité des forces policières
- › Sensibiliser et former la police et la justice
- › Mener des plaidoyers en faveur de réformes légales et politiques, avec la participation des TDS
- › Renforcer la capacité et l'agencité des TDS (informations sur les lois liées au travail du sexe et leurs droits, documenter la violence à l'encontre des TDS, etc.)
- › Autonomiser les communautés (promotion du sexe sans risque, identification des injustices, garde d'enfants, soutien aux TDS séropositif-ves, coopération avec les forces de police, soutien aux personnes migrantes, formation juridique, etc.)

Dispositifs de prévention et réduction des risques

- › Rejeter les interventions fondées sur des concepts de «rédemption» et de réhabilitation ; aucune pression ne doit être exercée sur les TDS pour qu'ils-elles arrêtent leur profession
- › Éviter à la fois la victimisation et la banalisation de l'activité de prostitution
- › Respecter le droit des TDS à prendre des décisions informées sur leur vie
- › Privilégier les méthodes participatives
- › Valoriser les ressources existantes des personnes pour se protéger d'une consommation excessive d'alcool pendant le travail
- › Soutenir les prises de parole de toutes les personnes concernées par la prostitution, qu'elles se nomment survivantes, victimes de la traite ou travailleur-ses du sexe militant pour leurs droits
- › Adopter une approche non-jugeante et non-stigmatisante ; une attention particulière est portée au vocabulaire utilisé
- › Travailler en réseaux et proposer des services complémentaires (conseils juridiques, dépistage, distribution de préservatifs, accompagnement à l'avortement, soutien en cas de violences, etc.)
- › Déconstruire les préjugés liés aux TDS
- › Reconnaître la diversité des profils, des vécus, la complexité du phénomène ; éviter les discours réducteurs
- › Créer une liste et/ou un flyer de contacts utiles
- › Implanter des dispositifs spécifiques pour les TDS ayant un usage problématique de drogues licites et illicites
- › Sensibiliser les professionnel-les en contact avec les TDS au sujet du travail du sexe et de la consommation (problématique) d'alcool (soins, police, travailleur-ses de rue, etc.)
- › Les services sont proposés avec discrétion et respect, et une attention particulière est portée au consentement éclairé, à la confidentialité et au bien-être
- › Mettre en place des dispositifs d'éducation par les pairs
- › Mettre en place des dispositifs d'*outreach*
- › Prendre en charge ou réorienter vers des dispositifs adaptés aux cas de polyconsommation
- › Renforcer les compétences sociales des TDS (négociation, reconnaître et éviter les situations de violences, refuser un client, utilisation de préservatifs, etc.)

POUR EN SAVOIR PLUS

INPUD & NSWP (2015). Briefing paper: Sex workers who use drugs. Experiences, perspectives, needs and rights: ensuring a joint approach★

Médecins du Monde & Aide Suisse contre le Sida (2015). Parler des risques avec les travailleuses du sexe dans la consultation VCT★

OMS et al. (2015). Mettre en œuvre des programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe : approches pratiques tirées d'interventions collaboratives. Suisse : Genève★

Rekart, M. (2006). Sex-Work Harm Reduction, in *The Lancet*, 366(9503):2123-34★

.....
533 OMS et al. (2015). Op. Cit. ; Rekart, M. (2006). Op. Cit. ; Médecins du Monde & Aide Suisse contre le Sida (2015). Parler des risques avec les travailleuses du sexe dans la consultation VCT ; INPUD & NSWP (2015). Briefing paper: Sex workers who use drugs. Experiences, perspectives, needs and rights: ensuring a joint approach ; Cécile Cheront, coordinatrice générale de l'asbl Espace P..., communication personnelle, 09/10/2019.

PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES AUPRÈS DES PERSONNES LGBTQI+

Relecture : Samy Soussi (Ex-Aequo asbl)

N.B. : **L'acronyme LGBTQI+** désigne les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles, transgenres, queer⁵³² et intersexes. Le signe «+» signifie que le sigle est inclusif de toute identité, orientation sexuelle ou comportement non-hétéronormés ou non-cisgenres (par exemple, les personnes non-binaires, asexuelles, pansexuelles, polygenres, transsexuelles, les personnes en questionnement, celles pratiquant le «cross-dressing» ou le travestissement, etc.)⁵³³.

La littérature scientifique actuelle est majoritairement genrée et binaire (femmes-hommes) et les données épidémiologiques se concentrent surtout sur les minorités sexuelles, beaucoup moins sur les minorités de genre (dans la plupart des cas, les études apportent peu d'attention à l'identité de genre des personnes enquêtées). Ceci transparaît largement dans l'état des lieux que nous présentons ici, qui est dès lors tout aussi lacunaire.

La recherche scientifique (majoritairement anglophone) relève que les personnes s'identifiant comme gays, lesbiennes ou bisexuelles (LGB) sont globalement plus à risque de consommer des substances psychoactives. Les personnes sexuellement minoritaires ont des niveaux de consommation d'alcool généralement supérieurs à ceux des personnes hétérosexuelles et risquent davantage de consommer de l'alcool de manière problématique (y compris développer une dépendance). Toutefois, les études soulignent que la réalité est bien plus complexe et que ces tendances diffèrent entre les groupes sexuellement minoritaires et selon le genre^{536,537}.

.....
534 Le terme *queer* désigne les personnes en questionnement quant à leur identité de genre ou leur orientation sexuelle, ou les personnes dont l'identité va à l'encontre des normes hétéronormées et/ou genrées binaires, ou encore les personnes qui refusent d'être étiquetées selon leur orientation sexuelle ou leur identité de genre.

535 Si, à la naissance, la plupart des individus possèdent un sexe biologique, le genre est une construction sociale des rôles, attitudes, activités et qualités considérés comme approprié et désirables selon le sexe biologique (ou le genre attribué à la naissance). Le genre comprend l'identité de genre d'une personne, mais également l'ensemble des représentations (les normes, croyances, attentes) et pratiques (performance des normes, sanctions positives ou négatives en cas de conformité ou non-conformité aux normes de genre) des membres d'une société donnée à un moment donné. Le terme *cisgenre* désigne une personne dont l'identité de genre correspond à son sexe biologique et au genre qui lui a été attribué à la naissance.

536 Hughes, T. L., Wilksnack, S. C., & Kantor, L. W. (2016). The Influence of Gender and Sexual Orientation on Alcohol Use and Alcohol-Related Problems: Toward a Global Perspective, in *Alcohol research: current reviews*, 38(1), 121-132.

537 McCabe S., Hughes T., Bostwick W., West B., Boyd C. (2009). Sexual orientation, substance use behaviour

Les personnes s'identifiant comme bisexuelles sont généralement plus à risque de consommer des substances psychoactives et de développer une consommation problématique. Les femmes s'identifiant comme lesbiennes ou bisexuelles sont particulièrement à risque et ont des niveaux de consommation plus élevés que les femmes hétérosexuelles. Les différences de niveau de consommation entre les hommes gays ou bisexuels et les hommes hétérosexuels sont quant à elles moindres voire nulles ; selon certaines études, les risques de consommation problématique seraient même moindres chez les hommes gays^{538,539}.

La prévalence d'une comorbidité alliant problème de santé mentale et usage de substances est particulièrement élevée chez les jeunes non-cisgenres, les jeunes attiré-es par les personnes du même sexe et chez les jeunes femmes et hommes bisexuel-les. Les jeunes LGB de moins de 21 ans ont des symptômes dépressifs élevés, rapportent davantage de pensées suicidaires, de tentatives de suicide et d'usage de substances psychoactives. Les jeunes personnes bisexuelles en particulier risquent davantage de connaître des problèmes de santé mentale, des comportements suicidaires et une consommation problématique de drogues, en comparaison avec les personnes hétérosexuelles, mais également, dans certaines études, les personnes gays ou

.....
and substance dependence in the United States, in *Addiction*, 104(8): 1333-1345.

538 Hughes et al. (2016). Op. Cit.

539 McCabe S. et al. (2009). Op. Cit.

lesbiennes^{540,541,542}. Les jeunes des minorités de genre sont davantage à risque de développer des problèmes de santé mentale et un usage problématique d'alcool et de drogues que leurs pairs cisgenres⁵⁴³.

Analyser la surconsommation de substances chez les minorités sexuelles et genrées est un exercice difficile, notamment parce qu'elle est multifactorielle, s'intéresse à une population minoritaire et souvent stigmatisée, et varie selon les contextes, le genre et l'âge⁵⁴⁴. Les tendances peuvent donc varier d'une étude à l'autre, mais nous exposons ici les grandes lignes qui s'en dégagent. Il faut également tenir compte des biais récurrents au sein des études portant sur le sujet, en particulier un biais de sélection. Par exemple, les personnes LGB participant aux études sont potentiellement celles qui sont les plus à l'aise avec leur identité sexuelle et/ou qui ont fait leur *coming out* auprès de leur famille et ami-es, ce qui peut exclure de la recherche les individus les plus susceptibles de souffrir du stress des minorités. Il est donc fort probable que le taux de problème de santé mentale et/ou de consommation de drogues soit sous-estimé⁵⁴⁵.

MINORITÉS SEXUELLES, QUELLE DÉFINITION ?

Plusieurs chercheur-es s'accordent sur la pertinence et l'importance de considérer trois dimensions lorsqu'on s'intéresse aux minorités sexuelles⁵⁴⁴. Ces trois dimensions composent l'orientation sexuelle d'un individu :

- L'identité : par exemple, gay ou lesbienne, bisexuel-le ou «incertain-e»
- L'attraction : les hommes et femmes attiré-es de manière égale par les hommes et les femmes, les hommes uniquement ou principalement attirés par les hommes, les femmes uniquement ou principalement attirées par les femmes
- Le comportement : Hommes et femmes ayant des relations sexuelles avec des hommes et des femmes, les hommes ayant des relations sexuelles uniquement avec des hommes, les femmes ayant des relations sexuelles uniquement avec des femmes.

L'IMPACT DE LA STIGMATISATION ET DES DISCRIMINATIONS SUR LA SANTÉ DES PERSONNES LGBTQI+ ET SUR LES FACTEURS LIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL

De nombreux facteurs jouent sur la consommation d'alcool des personnes LGBTQI+ et les facteurs de risque varient selon le genre et au sein des groupes sexuellement minoritaires. Il faut également noter que les personnes LGBTQI+ forment un groupe hétérogène, au sein duquel les facteurs de protection et de risque sont distribués différemment selon le genre, le statut socioéconomique, le niveau d'étude, etc. (voir chapitre 1.2).

Le modèle hétéronormé et cisgenre dominant s'accompagne très souvent de stigmatisations et discriminations envers les personnes qui ne correspondent pas à ce modèle. Celles-ci peuvent dès lors perdre le soutien de leur famille ou de leurs ami-es, être victimes de maltraitance et de violence familiales ou à l'école, et subir des discriminations et violences physiques et/ou psychologiques tout au long de leur vie. Nombre de personnes LGBTQI+ ne bénéficient dès lors plus ou peu de l'effet protecteur de certains facteurs. C'est notamment le cas de ceux liés au soutien familial et au sentiment d'appartenance et d'inclusion en milieu scolaire^{547,548}. Il en va de même pour les facteurs de protection liés au mariage, à la parentalité et aux responsabilités liées à la vie de famille qui favorisent l'estime de soi, un contrôle social

540 Lea T., de Wit J., Reynolds R. (2014). Minority stress in lesbian, gay, and bisexual young adults in Australia: associations with psychological distress, suicidality, and substance use, in *Archives of Sexual Behavior*, 43:1571-8.

541 McCabe S. et al. (2009). Op. Cit.

542 Firdion, J.-M. & Beck F. (2015). Les jeunes LGBT face au risque : Suicide et pratiques addictives, in *Archives de Pédiatrie*. 22. 124-125.

543 Wilson, C. & Cariola, (2019). LGBTQI+ youth and mental health: A systematic review of qualitative research, in *L.A. Adolescent Res Rev*.

544 Firdion, J.-M. & Beck F. (2015). Op. Cit.

545 Lea T. et al. (2014). Op. Cit.

546 Boyd, C. J., Veliz, P.T., Stephenson, R., Hughes, T. L., & McCabe, S. E. (2019). *Severity of Alcohol, Tobacco, and Drug Use Disorders Among Sexual Minority Individuals and Their "Not Sure" Counterparts. LGBT Health*.

547 Huebner DM, Thoma BC, Neilands TB. (2014). School victimization and substance use among lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescents, in *Prev Sci*; Dec 23.

548 Wilson, C. & Cariola, (2019). Op. Cit.

renforcé et un meilleur soutien social. Les femmes lesbiennes et les hommes gays, notamment, endossent plus rarement ces rôles traditionnels ; et lorsqu'ils-elles ont des enfants, ils-elles sont souvent confronté-es à des facteurs de stress exacerbés (peur de perdre la garde des enfants, remarques homophobes faites à leurs enfants, etc.)⁵⁴⁹.

La stigmatisation et les discriminations liées à une identité sexuelle et/ou genrée minoritaire affectent la santé des personnes LGBTQI+ à travers leur impact négatif sur les facteurs de risques liés à la santé générale et à l'usage d'alcool. Elles impactent en premier lieu leur santé mentale. Les niveaux de suicidalité, de dépression et d'usage problématique d'alcool sont plus élevés chez les jeunes LGBTQI+, en comparaison avec leurs pairs hétérosexuels et cisgenres⁵⁵⁰. Les jeunes qui découvrent leur homosexualité ou leur bisexualité, par exemple, peuvent ressentir un sentiment d'indignité ou de honte, être confronté-es à des conflits familiaux, à des paroles et actes humiliants ou dégradants, se sentir angoissé-es, isolé-es ou encore menacé-es. Les phénomènes d'exclusion, de mépris, de stigmatisation et d'exposition à l'homophobie ou à la transphobie, en particulier à un jeune âge, peuvent conduire à une perte de l'estime de soi et de confiance envers les autres. L'ensemble de ces éléments sont susceptibles de contribuer à un état dépressif qui peut être associé à la consommation d'alcool et autres drogues⁵⁵¹.

549 Hughes, T. L., Wilsnack, S. C., & Kantor, L. W. (2016). Op. Cit.
550 Wilson, C. & Cariola, (2019). Op. Cit.
551 Firdion, J.-M. & Beck F. (2015). Op. Cit.

Les facteurs associés avec une consommation (problématique) d'alcool au sein des personnes des minorités sexuelles et genrées peuvent être regroupées en quatre catégories : le stress des minorités, les normes de consommation, les expériences de mauvais traitements et violences, et les comportements de la société et les politiques publiques relatives aux minorités sexuelles et genrées.

Nous entendons ici la **transphobie** comme toute discrimination liée à la non-conformité aux normes de genre

Le stress des minorités

Les facteurs de stress des minorités sont caractérisés par leur caractère unique (les populations non-stigmatisées ne les expérimentent pas) et chronique (ils sont liés aux structures sociales et culturelles), et sont d'origine sociale (ils découlent des processus, institutions et structures sociales). Les processus de stress incluent les discriminations, l'anticipation et la crainte de vivre ces discriminations et d'être rejeté-e/exclu-e, dissimuler, cacher, l'homophobie/transphobie intériorisée et l'amélioration des stratégies de *coping*. L'anticipation des discriminations et la vigilance qu'elle requiert varient certes d'un individu à l'autre et selon le contexte, mais il est fort probable que toute personne transgenre, non-binaire, homosexuelle ou bisexuelle ait intériorisé l'homophobie/transphobie de la société dans laquelle elle évolue⁵⁵². Les discriminations

552 L'homophobie intériorisée peut être à l'origine d'une faible estime de soi, d'un sentiment de honte et/ou de haine de soi.

perçues ont un effet négatif sur la santé mentale et physique⁵⁵³, sur la qualité de vie et sur la morbidité psychiatrique. Le harcèlement et les discriminations basés sur l'orientation sexuelle et l'appartenance à une minorité de genre sont associés à la détresse psychologique, à l'isolement, au stress post-traumatique et à une faible estime de soi^{554,555,556}. Ils sont par exemple davantage associés à l'automutilation, aux comportements suicidaires, et à l'usage problématique de substances psychoactives chez les jeunes personnes homosexuelles ou bisexuelles que chez les jeunes hétérosexuel-les⁵⁵⁷.

Les adolescent-es LGBTQI+ sont particulièrement confronté-es aux discriminations, voire aux violences et au harcèlement à l'école. Or, de manière générale, il existe une forte corrélation entre harcèlement par les pairs à l'école et usage (problématique) d'alcool et de drogues. Le harcèlement scolaire est également lié à des problèmes de santé mentale, tels que les idées suicidaires, l'automutilation, les symptômes de stress post-traumatique et une détresse psychologique générale. Plusieurs théories coexistent pour expliquer le lien entre harcèlement scolaire et consommation d'alcool et autres

553 Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 135(4), 531-554. doi:10.1037/a0016059
554 Hughes, T. L., Wilsnack, S. C., & Kantor, L. W. (2016). Op. Cit.
555 Wilson, C. & Cariola, (2019). Op. Cit.
556 Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population, in *American journal of public health*, 103(5), 943-951.
557 Lea T. et al. (2014). Op. Cit.

drogues. Par exemple, les expériences de discriminations et de harcèlement dans le cadre de l'école peuvent contribuer à diminuer le sentiment d'appartenance à celle-ci des adolescent-es. Elles peuvent également faciliter l'adhésion à des groupes de pairs marginalisés, dont le système normatif est susceptible de valoriser la consommation d'alcool⁵⁵⁸.

Parallèlement à toutes ses fonctions possibles (plaisir, convivialité, etc.), l'alcool peut également servir à reconnaître sa propre orientation sexuelle, à se donner le courage de «sortir du placard», à cacher son orientation sexuelle, à la dénier ou encore à gérer la honte et la stigmatisation⁵⁵⁹. L'alcool peut être une stratégie de *coping* face à des situations de harcèlement et de discriminations, tant chez les jeunes que chez les adultes. Ces dernier-es semblent toutefois moins concerné-es par ce phénomène. Les personnes LGB adultes, par exemple, auraient davantage de ressources psychologiques et financières pour créer de la distance entre eux-elles et l'hostilité qu'ils-elles peuvent rencontrer dans l'enseignement, au sein de leur famille ou plus largement dans la communauté⁵⁶⁰. Parallèlement, une étude a montré que le fait de grandir dans un environnement hostile est associé à un plus grand investissement dans les études supérieures. Viser la réussite dans le milieu académique

et accroître son engagement dans celui-ci peuvent être en soi une stratégie de *coping*.

Il est important de garder à l'esprit que le stress des minorités peut être renforcé par d'autres formes de discriminations portant sur le genre, l'appartenance réelle ou supposée à une minorité culturelle ou religieuse, la couleur de peau, le handicap, le poids, etc. Les femmes sexuellement minoritaires, notamment, peuvent être particulièrement à risque d'être victimes de discriminations multiples⁵⁶¹.

Les normes de consommation d'alcool

Consommer de l'alcool permet la désinhibition, ce qui peut faciliter les rencontres amicales, sexuelles et/ou amoureuses. La consommation d'alcool peut donc souvent accompagner la socialisation et l'intégration à un groupe, en particulier en milieu festif. N'oublions pas également que beaucoup de personnes associent l'alcool à l'excitation sexuelle et au lâcher-prise (voir chapitre 1.5) ; la consommation d'alcool peut dès lors être perçue comme un moyen de dépasser un potentiel sentiment de gêne ou de honte qui prend ses racines dans l'homophobie et transphobie intériorisées.

À titre d'illustration, face aux exclusions et discriminations rencontrées dans la plupart des lieux communs de socialisation et de convivialité, les personnes LGB ont traditionnellement investi les bars comme lieux d'interaction sociale⁵⁶². Les femmes lesbiennes ou bisexuelles fréquentent davantage les bars et les lieux festifs et consomment plus d'alcool que les femmes

hétérosexuelles. Les hommes gays, quant à eux, fréquentent davantage les bars que les hommes bisexuels ou hétérosexuels, mais les quantités d'alcool consommées varient peu selon l'orientation sexuelle. Certain-es chercheur-es établissent un lien entre, d'une part, l'adoption d'une identité sexuellement minoritaire et l'intégration aux communautés LGB, et d'autre part, une exposition accrue à des normes sociales davantage tolérantes envers l'usage d'alcool et autres drogues⁵⁶³.

Les différences genrées associées aux personnes hétérosexuelles (c'est-à-dire : les hommes consomment généralement davantage que les femmes) ne s'appliquent pas aux personnes homosexuelles ou bisexuelles. Les femmes des minorités sexuelles consomment généralement plus que les hommes des minorités sexuelles. De plus, les femmes qui s'identifient comme lesbiennes ou bisexuelles consomment davantage que les femmes hétérosexuelles ; les hommes s'identifiant comme gays ou bisexuels consomment à peine plus ou au même niveau que les hommes hétérosexuels. Ceci s'explique en premier lieu par des taux de consommation à la base plus élevés chez les hommes en population générale. En second lieu, ce paradoxe peut s'expliquer par l'adoption de rôles genrés traditionnels différents chez les minorités sexuelles. Il est en effet courant que les hommes et femmes homosexuel-les ou bisexuel-les ne se

558 Huebner DM, Thoma BC, Neilands TB. (2014). Op. Cit.

559 UNODC (n.d.). *Drug dependence treatment. Interventions for drug users in prison.*

560 D'Augelli, A. R., Pilkington, N.W. & Hershberger, S. L. (2002). Incidence and mental health impact of sexual orientation victimization of lesbian, gay, and bisexual youths in high school, in *School Psychology Quarterly*, 17, 148-167.

561 McCabe S. et al. (2009). Op. Cit.

562 Lea T. et al. (2014). Op. Cit.

563 Cochran, S.D.; Grella, C.E.; and Mays, V.M.

Do substance use norms and perceived drug availability mediate sexual orientation differences in patterns of substance use? Results from the California Quality of Life Survey II, in *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 73(4): 675-685, 2012.

conforment pas aux rôles, attentes et normes genrés largement promus au sein de la société. Or, nous avons déjà établi que les rôles genrés jouent un rôle en matière de niveau et mode de consommation d'alcool (voir chapitre 1.1). Dès lors, les femmes lesbiennes ou bisexuelles peuvent être moins sujettes aux injonctions à la modération et à l'autocontrôle de la socialisation féminine. Les hommes gays ou bisexuels peuvent parallèlement sentir moins de pression à s'adonner aux rites virilistes de surconsommation d'alcool. D'autres éléments entrent évidemment en jeu, par exemple les hommes

gays auraient tendance à fréquenter davantage de femmes (hétérosexuelles), ce qui peut contribuer à des niveaux de consommation plus modérés ; les femmes sexuellement minoritaires quant à elles, dépendent davantage des bars gays pour socialiser, augmentant ainsi les risques de consommation fréquente et/ou excessive⁵⁶⁴.

.....
564 Hughes, T. L., Wilsnack, S. C., & Kantor, L. W. (2016).
Op. Cit.

Les expériences de mauvais traitements et violences

Les abus et violences, psychologiques, physiques ou sexuels, sont considérés comme des facteurs de stress majeurs et comme liés à des conséquences néfastes à long terme, y compris les problèmes de santé mentale et l'usage abusif et/ou problématique d'alcool. Malheureusement, les personnes sexuellement minoritaires et transgenres sont plus à risque de connaître

LES PRATIQUES «CHEMSEX»⁵⁶³

L'alcool est fréquemment utilisé, en association avec d'autres produits psychoactifs, par les personnes qui pratiquent le *chemsex*^{566,567}. Les motivations à pratiquer le chemsex sont assez similaires à celles de l'usage de drogues en général et varient d'une personne à l'autre et selon le moment et le contexte. Il peut s'agir de vouloir se sentir sexuellement plus libre, augmenter la performance ou la libido, accentuer les sensations, s'affirmer, dépasser des problèmes liés à l'intimité ou la sexualité, surmonter une peur du rejet, un sentiment de honte, des problèmes passés ou une homophobie/sérophobie sociale et intériorisée. Ce peut aussi répondre à une envie de «connecter» avec les autres, de faire partie d'une communauté, ou à la pression des normes «en ligne» ou celle des pairs.

De nombreux produits peuvent être consommés dans le cadre de sessions de chemsex, y compris l'alcool et les médicaments favorisant l'érection. Les tendances actuelles sont la consommation de cathinones de synthèse, de méthamphétamines, de GHB/GBL, de cocaïne et de kétamine. Plusieurs produits peuvent être associés au cours d'une session. Les produits stimulants ont généralement pour effet de provoquer des sentiments d'euphorie et d'augmenter l'excitation et l'endurance sexuelles. Les déprimeurs (comme le GHB/GBL, les poppers) ou les dissociatifs (la kétamine) ont des effets relaxants qui visent également à améliorer la qualité des relations sexuelles, par exemple.

Dans ce contexte, les effets de l'alcool, en combinaison avec d'autres substances, augmentent la survenue de comportements à risques (e.g. rapports non protégés ou non consentis, pratiques sexuelles à risque, partage ou réutilisation du matériel de consommation) et de complications liées aux interactions avec d'autres produits (e.g. *blackout*, accidents cardiaques, dépression respiratoire).

.....
565 Le *chemsex* trouve ses origines au sein de la communauté gay du Royaume-Uni. Le terme pourrait se traduire par «sexe sous produits» et désigne donc l'usage de produits psychoactifs illicites en contexte sexuel, principalement par les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH).

566 Van Acker, J. (2017). *Une recherche exploratoire sur le «chemsex» en Région de Bruxelles-Capitale*. Bruxelles ; Observatoire du sida et des sexualités.

567 OFDT (2017). *Chemsex, slam. Renouvellement des usages de drogues en contextes sexuels parmi les HSH*. Théma Trend, Paris.

des abus et violences, au cours de leur enfance et de leur vie d'adulte^{568,569,570}.

Les femmes lesbiennes ou bisexuelles, notamment, rapportent davantage d'expériences d'abus ou de violences que les femmes exclusivement hétérosexuelles (abus sexuel lorsqu'enfant, violences physiques lorsqu'enfant, négligences pendant l'enfance, violences sexuelles à l'âge adulte, violences physiques à l'âge adulte, violences conjugales). Le nombre d'expériences est positivement corrélé à une consommation abusive d'alcool chez les femmes, indépendamment de leur orientation sexuelle. Les femmes lesbiennes ou bisexuelles rapportent cependant des niveaux de consommation abusive plus élevés⁵⁷¹. Les hommes gays tendent à rapporter davantage d'expériences d'abus ou de violences que les hommes hétérosexuels, mais le risque de consommation problématique n'est pas plus élevé⁵⁷².

568 Hughes, T. L., Wilsnack, S. C., & Kantor, L. W. (2016). Op. Cit.

569 Friedman, M., Marshal M., Guadamuz, T., Wei C., Wong C, Saewyc, E. and Stall R. (2011). A Meta-Analysis of Disparities in Childhood Sexual Abuse, Parental Physical Abuse, and Peer Victimization Among Sexual Minority and Sexual Nonminority Individuals, in American Journal of Public Health, 101(8): 1481–1494.

570 National Center for Transgender Equality. (2016) *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey Executive Summary*.

571 Hughes, T.L.; Johnson, T.P.; Steffen, A.D.; et al. (2014). Lifetime victimization, hazardous drinking and depression among heterosexual and sexual minority women. *LGBT Health* 1(3):192–203.

572 Hughes, T.; McCabe, S.E.; Wilsnack, S.C.; et al. (2010). Victimization and substance use disorders in a national sample of heterosexual and sexual minority women and men. *Addiction* 105(12):2130–2140.

ALCOOL ET TRAITEMENTS HORMONAUX

Les personnes souhaitant transiter vers un autre genre, changer leurs attributs biologiques masculins ou féminins (poitrine, voix, pilosité, etc.), et/ou subir une opération de changement de sexe, suivent souvent un traitement hormonal. Il convient d'être prudent-e quant à l'interaction possible entre ledit traitement et une consommation (excessive) d'alcool. Par exemple, l'augmentation du taux de testostérone s'accompagne d'une augmentation de la tension artérielle et les risques cardiovasculaires. Il convient donc de limiter d'autres facteurs de risque, notamment le tabac et l'alcool. De manière générale, une bonne hygiène de vie permet d'optimiser le traitement hormonal et de réduire les risques de complications, augmentant ainsi les chances d'opération, pour celles et ceux qui le souhaitent⁵⁷².

De plus, les comportements non-conformes aux rôles genrés sont associés à des relations parentales moins encadrantes et plus négatives, ce qui peut pousser les jeunes personnes LGBTQI+ à fuguer et/ou à se trouver dans des situations à risque en termes d'abus et de violences⁵⁷³.

Les comportements de la société et les politiques publiques relatives aux minorités

La recherche montre que les attitudes sociétales hostiles envers les personnes LGBTQI+ et les politiques publiques discriminantes augmentent le risque de consommation problématique parmi les minorités sexuelles et genrées. Cela comprend notamment l'existence de lois anti-discrimination et l'attitude protectrice de la police.

Il est important de noter que si les droits des personnes LGBTQI+ se sont améliorés ces

dernières décennies en Europe occidentale, les discriminations et violences fondées sur l'orientation sexuelle et le genre sont toujours d'actualité et comptent encore de trop nombreuses victimes⁵⁷⁵.

Le fait, enfin, que les services d'aide, d'accompagnement et de soins soient peu ou pas sensibilisés ou formés à accueillir et inclure des personnes LGBTQI+ est un obstacle central dans l'accès à la santé des minorités sexuelles et de genre ayant une consommation problématique d'alcool.

573 Hughes, T.; McCabe, S.E.; Wilsnack, S.C.; et Hughes, T. L., Wilsnack, S. C., & Kantor, L. W. (2016). Op. Cit.

574 Gender Identity Research and Education Society (2007). A guide to hormone therapy for trans people. United Kingdom: London.

575 Le nombre de signalements est même en augmentation ; voir le site d'Unia, institution publique indépendante de lutte contre les discriminations et défend l'égalité des chances en Belgique.

Recherche scientifique

- Étudier les liens entre consommation (problématique) d'alcool, discriminations, risques dépressifs et suicidaires, relations familiales et minorités sexuelles, en prêtant attention aux variations liées au genre et l'orientation sexuelle
- Tenir compte des trois dimensions qui composent l'orientation sexuelle
- Identifier les sous-groupes les plus à risque afin de développer des stratégies d'intervention et de prévention plus efficaces

Dispositifs de prévention et réduction des risques

- Avoir une politique de respect de la confidentialité robuste et des contextes/espaces sécurisés et sécurisants pour les personnes LGBTQI+
- Prendre en compte les attentes culturelles en matière de genre et de consommation d'alcool
- Considérer les personnes LGBTQI+ non pas comme un groupe homogène, mais comme des personnes appartenant à divers groupes sociaux et culturels
- Traiter les intersections entre des statuts minoritaires multiples (par exemple, minorité sexuelle, minorité culturelle ou religieuse, genre féminin, etc.)
- Traiter les problèmes liés à la stigmatisation, à l'abus de pouvoir, aux violences
- Renforcer les compétences psychosociales (résilience, estime de soi, etc.)
- Promouvoir l'intégration et la tolérance en milieu familial, communautaire, professionnel
- Mettre en place des dispositifs d'*outreach*
- Communiquer auprès des personnes, communautés et associations LGBTQI+ sur la philosophie du service (accueil, soutien et bienveillance envers toutes et tous, prise en compte des spécificités des personnes LGBTQI+, etc.)
- Adopter une définition inclusive de la notion de famille
- Former le personnel et organiser des journées d'étude ou d'échange de bonnes pratiques (genre, minorités sexuelles, discriminations, intersectionnalité, lien avec la consommation d'alcool, etc.)
- Construire des partenariats avec des associations LGBTQI+ ; les inviter aux réunions d'équipe
- Proposer de l'information pertinente au sujet de l'alcool et autres drogues
- Comprendre et déconstruire les stéréotypes et mythes liés aux personnes LGBTQI+
- Ne pas «sortir du placard» un-e usager-e devant des collègues, d'autres usager-es et des membres de la famille
- Utiliser le nom et le pronom indiqués par l'usager-e afin de respecter son identité de genre (c'est-à-dire utiliser le féminin ou le masculin conformément à la demande de l'intéressé-e et le nom avec lequel il ou elle se sent le plus à l'aise)
- Désigner un-e travailleur-se pour porter les problématiques LGBTQI+
- Encourager le recrutement de personnes LGBTQI+ au sein du personnel ou en tant que bénévoles
- Proposer des groupes de paroles spécifiques
- Créer des supports d'information adaptés
- Utiliser des formulaires non-binaires et proposant différentes options en matière d'identité de genre

Politiques publiques et cadre légal

- Adopter des lois anti-discrimination et les faire appliquer
- Investir les programmes de lutte contre le harcèlement au sein des écoles et en milieu professionnel
- Investir dans la prévention du suicide

STRATÉGIES EFFICACES ET BONNES PRATIQUES

Les personnes LGBTQI+ ont souvent vécu des expériences négatives, notamment des discriminations et des violences, au cours de leur vie, y compris auprès de professionnel·les de la prévention et du soin. Il est donc fondamental d'instaurer un climat de confiance, de soutien et de bienveillance au sein des services et dispositifs de prévention et réduction des risques. Il est également tout à fait central de travailler à l'édification d'un modèle de société égalitaire et non-discriminant, au sein duquel les institutions promeuvent, appliquent et font appliquer les lois protégeant les minorités et luttant contre les discriminations.

576 Adfam – Families, drugs and alcohol (2010). Including diverse families: good practice guidelines. United Kingdom: London; UNODC (n.d.). *Drug dependence treatment. Interventions for drug users in prison*; Hughes, T. L., Wilsnack, S. C., & Kantor, L. W. (2016). Op. Cit. ; Huebner DM, Thoma BC, Neilands TB. (2014). Op. Cit. : McCabe S. et al. (2009). Op. Cit. ; Firdion, J.-M. & Beck F. (2015). Op. Cit. ; Valentine V. & Maund O. (n.d.). Transgender inclusion in drug and alcohol services. Scottish Health Action on Alcohol Problems. United Kingdom: Edinburgh.

POUR EN SAVOIR PLUS

Adfam – Families, drugs and alcohol (2010). *Including diverse families: good practice guidelines*. United Kingdom: London★

Firdion, J.-M. & Beck F. (2015). Les jeunes LGBT face au risque : Suicide et pratiques addictives, in *Archives de Pédiatrie*. 22. 124-125★

Hughes, T. L., Wilsnack, S. C., & Kantor, L. W. (2016). The Influence of Gender and Sexual Orientation on Alcohol Use and Alcohol-Related Problems: Toward a Global Perspective, in *Alcohol research: current reviews*, 38(1), 121-132★

Valentine V. & Maund O. (n.d.). Transgender inclusion in drug and alcohol services. Scottish Health Action on Alcohol Problems. United Kingdom: Edinburgh★

L'usage d'alcool, et de substances psychoactives en général, fait partie intégrante de l'humanité et répond à des besoins fondamentaux et multiples (socialisation, plaisir, automédication, etc.). L'alcool a cela de particulier que sa consommation comporte des risques, même sous la coupole de la modération. Et dans certaines circonstances, qui ne concernent qu'une minorité des usager-es et dépendent à la fois de la personne, du produit et de l'environnement, l'usage peut devenir problématique et induire une souffrance significative pour la personne et son entourage.

Face à ces risques, inégalement répartis au sein de la population, il convient d'adopter des dispositifs de prévention et de réduction des risques afin de permettre aux usager-es de prendre des décisions en matière de consommation de manière éclairée, de prévenir le développement de consommations problématiques, de réduire les facteurs de risque et de renforcer les facteurs de protection, de réduire les risques lorsqu'une personne choisit de consommer de l'alcool, ou encore d'accompagner une personne ayant une consommation problématique afin de limiter les risques liés à celle-ci, et l'orienter si nécessaire vers l'offre de prise en charge.

Les parcours, les profils et les milieux de vie et d'intervention sont variés, comme nous avons pu le voir tout au long de ce livret. Il est donc important, d'une part,

d'adopter une perspective holistique et de tenir compte des spécificités de chacun-e et, d'autre part, de garder à l'esprit que les catégories de bonnes pratiques présentées ici ne sont pas hermétiques et que certain-es personnes ou publics se trouvent à leur intersection. Les bonnes pratiques ne doivent pas non plus être considérées comme des recettes à appliquer aveuglément et sans discernement. Les contextes d'application, ainsi que les ressources et besoins des publics visés, doivent donc être évalués en amont. Il convient enfin d'inscrire l'adoption de bonnes pratiques dans une approche réflexive et autocritique, capable de s'accommoder aux propriétés variables des environnements sociaux, des usager-es et des comportements.

Un enjeu important de la prévention et de la réduction des risques est l'instauration d'un environnement propice à leur mise en œuvre. De nombreux facteurs de risques et de protection en lien avec la consommation simple et la consommation problématique d'alcool sont liés à l'environnement. Il s'agit notamment de la régulation du marketing et du lobbying de l'industrie de l'alcool, mais aussi l'accès au logement, la lutte contre les discriminations et les violences, la protection des travailleurs et travailleuses (avec et sans emploi), une détection et intervention précoces efficaces, et un meilleur accès aux services et aux soins (physiques et mentaux). Les obstacles vers l'équité et la santé, basés sur le genre, l'orientation sexuelle, l'âge, la

couleur de peau, l'origine, la classe sociale ou tout statut marginalisé, doivent être levés⁵⁷⁷.

Le travail associatif est tout à fait central dans le domaine de la prévention et de la réduction des risques. Les dispositifs et travailleur-ses ne reçoivent cependant pas le soutien nécessaire et suffisant pour mener leurs missions à bien. Bien qu'il y ait une pression constante des autorités publiques pour la mise en place de programmes efficaces, les ressources financières et humaines des associations restent limitées et inadéquates. Or, de tels programmes requièrent des moyens pour l'identification des besoins, leur conceptualisation ou leur adaptation, leur mise en œuvre et leur évaluation. Il existe également un manque criant de recherche dans certains domaines et certaines problématiques (milieu sportif, milieu carcéral, personnes âgées, milieu de la rue, personnes migrantes, minorités de genre, pour ne citer que ceux-là). De plus, la demande et les problèmes sociaux étant en constante évolution, il est important d'être attentif-ve aux nouvelles problématiques émergentes ; là encore, davantage de recherche est nécessaire, de même que la consultation régulière des professionnel-les en contact avec le terrain⁵⁷⁸.

577 Hughes, T. L., Wilksnack, S. C., & Kantor, L. W. (2016). Op. Cit.

578 Small S. & Huser M. (2016). Family-based prevention programs, in R.J.R. Levesque (ed.), *Encyclopedia of Adolescence*.

Nombre d'observateur·rices et expert·es soulignent le besoin de clarifier et simplifier les lois belges en matière d'alcool et la nécessité d'adopter un plan national alcool. Réduire les dommages liés à la consommation d'alcool, quels qu'ils soient, requière la mise en place de politiques publiques combinées et coordonnées, qui comprennent à la fois le financement et le soutien des dispositifs de prévention et de réduction des risques (ainsi que d'accompagnement et de soins), la formation de l'ensemble des acteur·rices concerné·es, l'encadrement du lobbying et du marketing, la régulation de la disponibilité de l'alcool, et globalement l'instauration d'un environnement favorable à la bonne santé physique et mentale de la population générale et des populations marginalisées.



OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL-DROGUES

151 rue Jourdan – 1060 Bruxelles

Tél : + 32 2 539 48 29

Email : info@eurotox.org

Ce document est disponible en version pdf sur le site : [**www.eurotox.org**](http://www.eurotox.org)

COMITÉ DE LECTURE : Jérémy Baré (Teignouse asbl), Guylaine Benech (consultante-formatrice en santé publique), Josette Bogaert (CAP-ITI asbl), Nadia Bouazzouni (Trempline asbl), Leslie Broeckaert (AWSR), Benoît Brouillard (CaHo asbl), Cécile Cheront (Espace P... asbl), Véronique Decarpentrie (Prospective Jeunesse), Patricia Diederich (MASS Bruxelles asbl), Martin de Duve (Univers Santé asbl), Damien Favresse (Centre Bruxellois de Promotion de la Santé), Pascale Hontoir (Projet FreeDom), l'équipe Interstices-CHU St-Pierre, Marie-Gabrielle Kerger (Pélican asbl), Maxime Maes (Utsopi asbl), Nathalie Moreau (Institut VIAS), Anne-Claire Orban (BePax asbl), Laurence Petit (Alfa asbl), Anne-Sophie Poncelet (Univers santé asbl), Laurence Przylucki (Le Comptoir asbl), Florence Renard (Alfa asbl), Vinciane Saliez (I-Care asbl), Samy Soussi (Ex-Aequo asbl), et Fiorella Toro (AWSR).

GRAPHISME : Nathalie da Costa Maya, CDCS asbl

Avec le soutien de :

