



Cellule Générale de Politique Drogues
coordination permanente

PROJET DE STRATÉGIE INTERFÉDÉRALE EN MATIÈRE D'USAGE NOCIF D'ALCOOL 2023-2028

VERSION 23.3.2022



1. PRÉAMBULE

La stratégie interfédérale décrite dans ce document a pour objectif de limiter, lorsque cela est possible, les dommages résultant d'une consommation nocive d'alcool. Elle peut être envisagée sous différents angles : une dépendance, une surconsommation dépassant des limites fixées (selon des cadres nationaux et internationaux), la conduite d'un véhicule sous influence... Ces notions seront évoquées plus en détails infra.

Cette stratégie interfédérale ne vise donc pas la consommation d'alcool usuelle, acceptée socialement par une majorité de belges et n'a pas pour objectif de dénigrer la consommation d'alcool. En effet, la consommation d'alcool est une pratique généralement acceptée en Belgique, comme dans d'autres régions du monde et est souvent associée à des moments de fête, de détente. Cependant, consommer de l'alcool n'est pas non plus sans risque pour la santé.

2. INTRODUCTION

La majorité des Belges consommant de l'alcool n'en subissent pas de conséquence notable. Or, la consommation d'alcool n'est pas anodine, que ce soit vis-à-vis de sa propre santé, de celles des autres ou plus largement, de la société. En effet, un certain nombre de citoyens consomment sans repère, sans conscience de nocivité et pour une minorité de cas, sans limite.

Les conséquences d'une consommation nocive d'alcool peuvent être considérables pour le consommateur, son entourage mais également pour la société. Elles vont dépendre en partie des pratiques de consommation, celles-ci étant influencées par de multiples facteurs sur lesquels il importe d'agir : personnels, communautaires, culturels, économiques et politiques.

Tout d'abord, la consommation nocive d'alcool peut entraîner de graves répercussions sur la santé du consommateur. L'OMS¹ déclare : « *Alcohol consumption is a causal factor in more than 200 disease and injury conditions. Drinking alcohol is associated with a risk of developing health problems such as mental and behavioural disorders, including alcohol dependence, major noncommunicable diseases such as liver cirrhosis, some cancers and cardiovascular diseases, as well as injuries resulting from violence and road crashes and collisions* ». La consommation nocive d'alcool a aussi un impact important sur l'attitude des consommateurs en augmentant leurs comportements à risques comme : la conduite sous influence, la consommation de drogues illicites, une sexualité à risques ou non consentie, etc.

En plus des répercussions sanitaires, on notera que la consommation nocive d'alcool peut avoir des conséquences sociales et économiques.

Par exemple,

- dans le monde du travail : une diminution des performances professionnelles, une augmentation du risque de chômage, des incapacités de travail plus nombreuses, etc. Ces éléments peuvent, in fine,

¹ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>



entraîner une précarité financière accrue pour les individus et impacter les performances économiques du pays.

- dans la vie courante : cela peut aller de simples nuisances jusqu'aux conséquences plus dramatiques (la violence sous toutes ses formes, aussi bien physiques que mentales, intrafamiliales ou en dehors de la sphère privée, les crimes, les meurtres...). En effet, l'alcool peut jouer un rôle important dans le cadre d'agressions et d'autres formes de criminalité, plus particulièrement lors d'infractions violentes³. Lammers et al. (2014) indiquent que les personnes sous l'influence de l'alcool ont d'avantage recours à la violence que sous l'influence d'autres substances psychoactives. La consommation nocive d'alcool joue aussi un rôle chez les victimes de ces agressions lorsqu'elles ingèrent elles-mêmes des quantités importantes d'alcool (contre leur gré ou non)^{4,5}.

Quelques constats issus des rapports des organes nationaux, internationaux et de la recherche scientifique

A) L'alcool, bien que n'étant consommé que par un tiers de la population mondiale, constitue l'un des quatre facteurs de risques majeurs de maladies non transmissibles (Rhem, J et al., 2018). L'International Agency for Research on Cancer⁶ de l'OMS a classé les boissons alcoolisées comme substances cancérogènes pour l'Homme. En Europe en 2018⁷, l'alcool était responsable d'un peu plus de 4% des cancers et de 2,2% de la mortalité par cancer. Il s'agit alors surtout de cancers du foie, du côlon de la bouche-gorge et du sein chez la femme. L'association avec le tabac majore le risque de développer ces cancers. Ainsi les personnes qui boivent quotidiennement quatre unités d'alcool et fument 10 cigarettes ont 10 fois plus de risque de développer un cancer de l'œsophage que quelqu'un qui ne fume pas et ne boit qu'une unité d'alcool⁸, une unité d'alcool représentant 10 grammes d'alcool pur.

² http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_fr.pdf Anderson, P. et Baumberg, B. ; 2006, « L'Alcool en Europe: Une approche en santé publique - Rapport à la Commission européenne »
<http://www.vad.be/materiaal/dossiers/alcohol.aspx?from=1276>

Dossier alcool ; 2015 ; Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD)

³ <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>

⁴ Une enquête montre que dans environ la moitié de tous les faits criminels, l'auteur est sous l'influence de l'alcool (Beck & Heinz, 2013). De tous les patients arrivant dans les services d'urgences des hôpitaux avec des blessures consécutives à des actes de violence, cela est corrélé - dans 63 % des cas - avec une consommation d'alcool chez la victime, l'auteur des faits ou les deux (Cherpitel et al., 2012). Dans environ la moitié des faits de violence sexuelle qui ont été ou non rapportés, la consommation d'alcool a joué un rôle chez l'auteur des faits, chez la victime ou chez les deux (Abbey, 2011; Kraanen & Emmelkamp, 2011).

⁵ Une enquête montre que dans environ la moitié de tous les faits criminels, l'auteur est sous l'influence de l'alcool (Beck & Heinz, 2013). De tous les patients arrivant dans les services d'urgences des hôpitaux avec des blessures consécutives à des actes de violence, cela est corrélé - dans 63 % des cas - avec une consommation d'alcool chez la victime, l'auteur des faits ou les deux (Cherpitel et al., 2012). Dans environ la moitié des faits de violence sexuelle qui ont été ou non rapportés, la consommation d'alcool a joué un rôle chez l'auteur des faits, chez la victime ou chez les deux (Abbey, 2011; Kraanen & Emmelkamp, 2011).

⁶ <http://monographs.iarc.fr/FR/Classification/index.php>

⁷ Alcohol and cancer in the WHO European Region: an appeal for better prevention. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark 2020 (Available from:) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336595/WHO-EURO-2020-1435-41185-56004-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁸ <https://www.cancer.be/les-cancers/risque-d-montr/alcool-et-cancer-boire-avec-mod-ration>



B) Selon le Global Status Report on Alcohol and Health⁹ (2018) de l'OMS, l'alcool est responsable de près de 3 millions de décès chaque année au niveau mondial (5,3% de tous les décès). Les trois quarts de ces décès concernaient des hommes.

Dans la Région européenne¹⁰, il entraîne près d'un million de décès par an¹¹. En 2018, environ 180.000 cas de cancer dont 92 000 décès étaient imputables à l'alcool.

En Belgique, toujours selon le rapport de l'OMS cité ci-dessus, les décès liés à l'alcool étaient estimés à 5,4% de l'ensemble des décès. Ce chiffre est une estimation basse qui ne tient pas compte de l'ensemble des décès directs et indirects liés à la consommation nocive d'alcool.

La consommation nocive d'alcool par les adolescents est un sujet de préoccupation majeur dans nombre de pays. C'est l'une des causes principales de traumatismes (dont ceux dus aux accidents de la route), de violence et de décès prématurés¹². Un décès sur quatre est dû à l'alcool chez les Européens âgés de 20 à 24 ans, 19% parmi les Européens âgés de 15 à 19 ans¹³.

C) L'enquête de santé par interview réalisée en 2018 par Sciensano donne des informations spécifiques sur la consommation d'alcool dans la population belge¹⁴.

Il en ressort entre autres que :

- Une des recommandations pour une consommation à moindre risque est de limiter sa consommation à maximum 10 unités d'alcool par semaine en incluant des jours d'abstinence (Conseil Supérieur de la santé avis n°9438, 2018¹⁵). Selon cette étude, l'usage de l'alcool présente un danger pour 14% de la population consomme qui plus de 10 unités d'alcool par semaine et/ou 10% qui consomme de l'alcool quotidiennement. Ces personnes ont une consommation définie comme nocive/à risque.
- 6% de la population boit en excès. Ce terme est défini par l'OMS comme étant la consommation de plus de 14 unités d'alcool par semaine pour les femmes et plus de 21 les hommes selon les recommandations de l'OMS;
- Près de la moitié de la population consommant de l'alcool a fait l'expérience d'une hyper-alcoolisation au cours des 30 derniers jours, c'est-à-dire consommer 6 unités d'alcool ou plus en une même occasion ; 8% s'hyper-alcoolise toutes les semaines;
- Le « binge drinking » ou ivresse ponctuelle, c'est-à-dire le fait de consommer, selon que l'on soit une femme ou un homme au moins 4 ou 6 unités d'alcool en moins de 2 heures, est une pratique régulière chez plus d'une personne sur dix (11%): 7% la réitère tous les mois et 4% toutes les semaines.

⁹ <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>

¹⁰ Voir <https://www.euro.who.int/fr/home> pour plus de précisions sur les pays inclus dans le terme « région européenne »

¹¹ <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/news/news/2020/11/new-who-europe-factsheet-policy-action-needed-to-reduce-cancers-attributable-to-alcohol-use>

¹² <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

¹³ https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/386577/fs-alcohol-eng.pdf

¹⁴ L. Gisle. S. Demarest. S. Drieskens. Enquête de santé 2018 : Consommation d'alcool. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2019/14.440/65. Disponible en ligne : www.enquetesante.be

¹⁵ Conseil Supérieur de la Santé. Risques liés à la consommation d'alcool. Bruxelles: CSS; 2018. Avis n° 9438.

(https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9438_avis_alcool.pdf)



- En matière de consommation d'alcool, les hommes sont plus enclins que les femmes à présenter un profil à risque, que ce soit au niveau de la consommation quotidienne (13,5% H > 6% F), de l'hyper-alcoolisation (6+/occasion) hebdomadaire (11,5% H > 4% F), du binge drinking hebdomadaire (6% H > 3% F) et de la consommation problématique de l'alcool (9,5% H > 5% F) dans l'année.
- Le type de consommation varie avec l'âge. Les jeunes (15-24 ans) qui boivent ont tendance à concentrer leur consommation alcoolique sur peu de jours de la semaine et boivent en peu de temps
- Enfin, 45% des jeunes consommateurs de 15-24 ans sont des consommateurs précoces, c'est-à-dire de moins de 16 ans

La Belgique collecte l'indicateur européen 'Treatment Demand Indicator' relatif à tous les épisodes de traitements entamés dans un centre de traitement par une personne pour des problèmes liés à sa consommation de drogue ou d'alcool. Les demandes de traitement pour une consommation d'alcool restent stables depuis 2017¹⁶.

Par ailleurs :

- Avec 9,15¹⁷ litres d'alcool pur/an/habitant, la Belgique se situe à la 34^{ème} place de la consommation d'alcool au niveau mondial¹⁸ et la 26^{ème} place dans la Région européenne.

D) En 2017, le coût social total¹⁹ de la consommation d'alcool a été estimé entre 1% et 3,5% du produit intérieur brut des pays européens (Barrio, Pablo, et al., 2017), soit une estimation allant de 153 milliards d'euros à 536,55 milliards dans sa fourchette haute.

Une étude²⁰ sur le coût social des drogues illégales, alcool, tabac et médicaments psychoactifs pour l'année 2012 en Belgique révèle ce qui suit:

- Les coûts directs²¹ de la consommation d'alcool s'élèvent à 1,29 milliards d'euros.
- Les coûts indirects de la consommation d'alcool s'élèvent à 744 millions d'euros.

Outre les coûts directs et indirects, 175.329 années en bonne santé sont aussi perdues en raison de l'abus d'alcool, ce qui équivaldrait à un coût de plus de 7 milliards €. Les recettes apportées à l'Etat (via la TVA et les

¹⁶ https://workspaces.wiv-isp.be/tdi/SitePages/Pub_FR.aspx

¹⁷ <https://apps.who.int/gho/data/node.main-euro.A1039?lang=en&showonly=GISAH>

¹⁸ L'OCDE fournit d'autres données mais en raison de l'incertitude qui plane sur leur source et la manière dont ces données sont traitées, les données de l'OMS, actualisées plus régulièrement, sont préférées comme référence. Pour plus d'informations sur les données de l'OCDE voir : <https://data.oecd.org/healthrisk/alcohol-consumption.html>

¹⁹ Barrio, Pablo, et al. (2017) Social Costs of Illegal Drugs, Alcohol and Tobacco in the European Union: A Systematic Review. Drug and Alcohol Review, vol. 36, no. 5, , pp. 578-58

²⁰ Étude financée par la Politique scientifique fédérale et conduite par les Prof. Dr Freya Vander Laenen, Prof. Dr Lieven Annemans, Prof. Dr Koen Putman, Prof. Dr Lieven Pauwels, Prof. Dr Wim Hardyns, Dr Delfine Lievens, Dr Nick Verhaeghe, Nele Schils.

²¹ Les coûts directs contiennent trois volets : (1) les soins de santé pour les abus de substances : il s'agit par exemple des coûts pour une admission dans un hôpital pour le traitement de la toxicomanie, mais aussi les coûts pour le traitement des maladies qui ont été causées par ces substances, p.ex. le cancer du poumon ou le cancer du foie et (2) l'approche de la criminalité liée aux drogues : il s'agit par exemple des coûts pour enquêter, poursuivre et juger les faits liés à la détention ou trafic de drogues, et les coûts pour la détention, mais aussi ceux liés aux délits (comme le vol et le cambriolage) commis pour pouvoir acheter des drogues illicites ou les délits (comme les coups et blessures) commis sous l'influence de l'alcool et de drogues illicites; et (3) les accidents de la circulation.



accises), qui sont de l'ordre de 1,8 milliard, ne peuvent donc pas être comparées aux coûts, car cette comparaison ne prend pas en compte la valeur de la (qualité de) vie perdue.

E) en 2018, le Conseil Supérieur de la Santé a formulé dans son avis n°9438 un ensemble de recommandations à l'attention du grand public, des professionnels de santé mais aussi des autorités compétentes pour une consommation à moindre risque de l'alcool. Cet avis insiste sur l'importance de prendre des mesures combinées, continues, maintenues à long terme et de s'adresser à l'ensemble de la population. Il préconise donc une coordination interfédérale pour atteindre la population.

Pour aller plus loin :

- CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ. RISQUES LIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL. BRUXELLES: CSS; 2018. AVIS N° 9438
- DE DONDER E. (2020). FACTSHEET ALCOHOL. BRUSSEL. VAD - VLAAMS EXPERTISECENTRUM ALCOHOL EN ANDERE DRUGS
- FACT SHEET ON ALCOHOL CONSUMPTION, ALCOHOL-ATTRIBUTABLE HARM AND ALCOHOL POLICY RESPONSES IN EUROPEAN UNION MEMBER STATES, NORWAY AND SWITZERLAND (2018)
- GISLE, L., DEMAREST, S., DRIESKENS, S. ENQUÊTE DE SANTÉ 2018 : CONSOMMATION D'ALCOOL. BRUXELLES, BELGIQUE: SCIENSANO ; NUMÉRO DE RAPPORT : D/2019/14.440/65. DISPONIBLE EN LIGNE : [WWW.ENQUETESANTE.BE](http://www.enquetesante.be)
- GLOBAL STATUS REPORT ON ALCOHOL AND HEALTH 2018. GENEVA: WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2018 ([HTTP://APPS.WHO.INT/IRIS/BITSTREAM/HANDLE/10665/274603/9789241565639-ENG.PDF?UA=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1)).
- HOPPENBROUWERS, K., GUÉRIN, C., ROELANTS, M., VAN LEEUWEN, K., & DESOETE, A. (2011). ALCOHOLGEBRUIK VOOR EN TIJDENS DE ZWANGERSCHAP EN IN DE PERIODE VAN BORSTVOEDING. LEUVEN: STEUNPUNT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN.
- RAPPORT DE SITUATION SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL, LES MÉFAITS ET L'ACTION POLITIQUE DANS 30 PAYS EUROPÉENS 2019 [HTTPS://WWW.EURO.WHO.INT/FR/HEALTH-TOPICS/DISEASE-PREVENTION/ALCOHOL-USE/PUBLICATIONS/2019/STATUS-REPORT-ON-ALCOHOL-CONSUMPTION,-HARM-AND-POLICY-RESPONSES-IN-30-EUROPEAN-COUNTRIES-2019](https://www.euro.who.int/fr/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/status-report-on-alcohol-consumption,-harm-and-policy-responses-in-30-european-countries-2019)



3. HISTORIQUE

En 2008, une Déclaration Conjointe sur la politique future en matière d'alcool a été signée par tous les Ministres qui ont la Santé publique dans leurs attributions.

Les ministres se sont engagés à :

- Prévenir et réduire les dommages liés à l'alcool ;
- Combattre la consommation inadaptée, excessive, problématique et risquée d'alcool et non pas seulement la dépendance ;
- Avoir une politique orientée vers des groupes cibles à risques et des situations à risques.

Cette Déclaration constitua le premier document politique dans notre pays dans lequel le gouvernement fédéral, les Communautés et les Régions ont développé une vision commune et claire en matière de politique d'alcool.

Suite à cette Déclaration, diverses mesures ont été prises telles que par exemple la modification de la législation en matière de vente et d'offre d'alcool aux mineurs.

En juin 2015, la Conférence Interministérielle Santé publique a confié à la Cellule Générale de Politique en matière de Drogues la mission de développer une politique en matière d'alcool. *"L'objectif est de susciter une concertation interministérielle qui permette d'élaborer une stratégie commune et concertée de lutte contre l'usage nocif d'alcool en articulant les divers déterminants de la problématique tels qu'ils sont définis par l'OMS."* N'étant pas parvenu à un consensus en 2017, les différents ministres compétents en matière de politique alcool ont pris tout une série d'initiatives portant tant sur l'offre que sur la demande.

En 2021, la Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé publique a de nouveau confié à la Cellule générale de Politique en matière de Drogues la mission de développer une stratégie interfédérale en matière d'usage nocif d'alcool.

4. VISION, MISSION ET STRATÉGIE

4.1. La VISION de cette stratégie interfédérale en matière d'usage nocif d'alcool se base sur le triangle « produit, individu, environnement » et prend toute une série de valeurs.

4.1.1. Les droits et les libertés de l'individu

Les libertés individuelles de chacun s'arrêtent là où commencent celles des autres. Les individus ont le droit à vivre en bonne santé, à des soins de santé de qualité, à une information correcte, adéquate et accessible. En ce sens, une politique en matière d'alcool représente avant tout un enjeu de santé publique.

Nous sommes néanmoins conscients que l'alcool a une place dans notre société. Dès lors, l'objectif de cette stratégie interfédérale est de réduire les dommages liés à l'usage nocif d'alcool. L'usage non nocif d'alcool ne fait pas partie de cette stratégie. Même si l'on constate que de plus en plus de personnes choisissent de diminuer



leur consommation ou d'être abstinentes, la consommation globale reste élevée, notamment auprès de certains groupes cibles ou dans certains contextes (voir supra, constats).

Il est important de relever que la consommation nocive d'alcool est influencée par une série de déterminants, entre autres sociaux et économiques qui entravent parfois la liberté et limitent le choix du consommateur.

4.1.2. Les droits des-mineurs

Cette stratégie interfédérale accordera une attention particulière aux mineurs. Rappelons certains droits repris dans la Convention internationale des droits de l'enfant²² dont la Belgique est signataire, comme *le droit d'être protégé de la violence, de la maltraitance et de toute forme d'abus et d'exploitation* ou encore *le droit d'être soigné, protégé des maladies, d'avoir une alimentation suffisante et équilibrée*.

L'objectif est donc de protéger les mineurs contre les méfaits de l'alcool. Cette stratégie interfédérale s'attèlera à prévenir la première consommation d'alcool ou au moins à en retarder l'âge. Les enfants doivent grandir dans un environnement sain et de ce fait, être protégés des dangers induits par la consommation nocive d'alcool (qu'il s'agisse de leur propre consommation ou celle de leurs parents et entourage) : impacts neurologiques et sanitaires, risques liés à l'ivresse, risques de dépendance précoce, négligence, maltraitance, violence, risque de consommation nocive d'alcool dans le futur, apprentissage des comportements des parents, ...

4.1.3. Une sensibilité de genre

Comme mis en évidence dans l'enquête de santé de 2018 (Sciensano), la consommation nocive d'alcool touche plus les hommes que les femmes. Pourtant, ces dernières consomment également de façon nocive. Les stéréotypes de genre, la honte et la culpabilité liée à la consommation d'alcool qui pèsent sur les femmes et plus encore sur les mères, induisent le fait que les femmes ont tendance à cacher leur consommation. Elles sont également moins enclines, du fait de ces stéréotypes et des obligations parentales à moins se tourner vers les soins et les services d'aide (Schamp, J., et al. (2018). Par ailleurs, les femmes sont plus souvent victimes de violences induites par la consommation nocive d'alcool de leur partenaire, de membres de leur famille, d'amis ou d'inconnus bien que les hommes soient aussi touchés par ce phénomène. Ces violences peuvent prendre cours tant à huis clos que lors d'événements festifs. Dans une étude²³ financée par la Commission européenne, on apprend qu'environ 90% des victimes de violences familiales liées à l'alcool sont des femmes.

La stratégie accordera une attention particulière pour tous ces inégalités de genre face à la problématique de l'alcool.

4.2. La stratégie alcool 2023-2028 a pour MISSION de diminuer l'usage nocif de l'alcool en Belgique et ses conséquences directes ou indirectes (telles que mentionnées ci-dessus).

Par usage nocif de l'alcool, il faut entendre :

²² <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/crc.aspx>

²³ https://ec.europa.eu/justice/grants/results/daphne-toolkit/sites/default/files/projects/documents/ift_nord_fr_la_violence_familiale_et_lalcool.pdf



1. La surconsommation d'alcool (10 unités d'alcool par semaine au maximum et pas tous les jours, aussi bien pour les femmes que les hommes) ;
2. L'usage précoce d'alcool (d'un point de vue médical et scientifique²⁴, avant 18 ans)²⁵ ;
3. L'heavy episodic drinking (boire mensuellement six unités d'alcool ou plus en une seule occasion au cours des douze derniers mois) ;
4. Binge drinking (boire au moins une fois six unités d'alcool en l'espace de 2 heures au cours des douze derniers mois) ;
5. La consommation d'alcool juste avant la grossesse (tant les hommes : diminution de la fertilité que les femmes : risque de fausse couche, baisse de fertilité, syndrome d'alcoolisation fœtale, ...) et pendant celle-ci, ainsi que pendant la période d'allaitement ;
6. L'assuétude à l'alcool tel que définie dans l'ICD 11 ;
7. La conduite d'un véhicule en étant sous l'influence d'alcool ;
8. La consommation d'alcool en cas d'usage médicamenteux.

²⁴ Voir notamment <https://aide-alcool.be/>, <https://www.vad.be/artikels/detail/alcohol-en-jongeren>

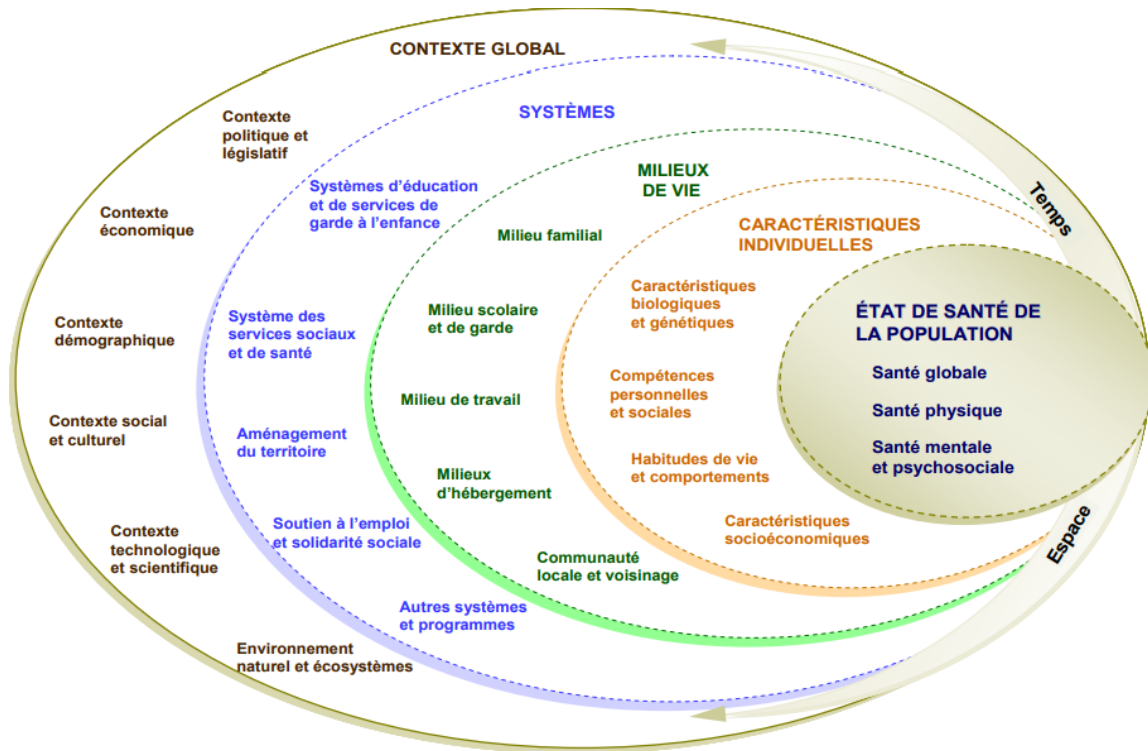
²⁵ La législation belge interdit la vente d'alcool aux moins de 16 ans. Elle autorise la vente de vins et de bières dès 16 ans et la vente de spiritueux dès 18 ans.



4.2.1. Une approche de promotion de la santé

Pourquoi une approche « promotion de la santé » doit s'imposer de façon transversale dans la stratégie interfédérale visant la réduction de l'usage nocif d'alcool ?

1. La santé comme processus complexe sous l'influence de plusieurs déterminants :



Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2010)²⁶.

Réduire l'usage abusif d'alcool implique une action coordonnée sur plusieurs déterminants. Cette **vision holistique** notamment inspirée de la déclaration d'Alma-ata de 1978 et de la charte d'Ottawa de 1981 a conduit en 2013 à la déclaration d'Helsinki : « **health in all policies** » (8th Global Conference on Health

²⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants - résultat d'une réflexion commune*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. <https://www.inspq.qc.ca>



Promotion). La promotion de la santé offre un corpus de valeurs et de stratégies permettant d'assurer une logique de collaboration favorable à la santé des populations.

2. Aller au-delà de la prescription aux populations d'un mode de vie et de comportements favorables à la santé.

Les politiques de santé publique qui reposent uniquement sur la définition de standards de comportements et leur imposition de façon verticale aux citoyens comportent de nombreux écueils.

Et ce pour plusieurs raisons :

- L'hétérogénéité des pratiques et des approches de consommation.
- L'hétérogénéité des environnements socio-culturels.
- La défiance dans la société vis-à-vis de l'autorité et des institutions.
- La défiance vis-à-vis des discours stigmatisants et anxiogènes.
- ...

Les alternatives proposées par la promotion de la santé :

- **La littéracie** : Renforcer les connaissances, la motivation et les compétences des personnes pour accéder, comprendre, évaluer et appliquer les informations pertinentes sur la consommation d'alcool afin de leur permettre de porter des jugements et de prendre des décisions « salutogènes » en matière de consommation d'alcool »²⁷
- **L'empowerment** : « *L'empowerment est un processus ou une approche qui vise à permettre aux individus, aux communautés, aux organisations d'avoir plus de pouvoir d'action et de décision, plus d'influence sur leur environnement et leur vie* »²⁸
- **L'universalisme proportionné** : Il s'agit de la combinaison de l'approche ciblée et de l'approche universelle. Elle permet de prendre en compte les spécificités du contexte socio-culturel tout en évitant la stigmatisation. Le principe sous-jacent est également celui d'équité (différent de celui d'égalité).
- **Une stratégie basée sur les milieux de vie** (démarche communautaire, promotion de la santé au travail, approche écologique ...) :

4.3. La STRATÉGIE mise en place pour réaliser cette mission est de définir des objectifs, des actions et des indicateurs, fondés sur des preuves scientifiques et adaptés aux caractéristiques présentées par le produit, les consommateurs, la consommation et le contexte dans lequel l'alcool est consommé.

Les politiques concernant l'usage d'alcool concernent notamment les domaines de la santé, l'emploi, la circulation routière, les violences intrafamiliales, les violences faites aux femmes et aux mineurs, les nuisances sociales, la fixation des prix des biens de consommation, la publicité et la recherche scientifique.

²⁷ Sorensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health. 2015;25(6):1053-8.

²⁸ Culture et santé (asbl), L'empowerment-Dossier thématique n°13 (Novembre 2009 et mise à jour en mai 2014)



Les mesures à prendre peuvent donc avoir un impact sur des secteurs très divers, et cela tant au niveau de la demande que de l'offre d'alcool. Une connaissance approfondie des déterminants et des effets de l'usage nocif de l'alcool ainsi que de la manière de les réduire sont donc continuellement nécessaires. Il est également essentiel que les mesures prises favorisent le développement des compétences en santé des citoyens et particulièrement des publics vulnérables, tout en intégrant les différents âges et milieux de vie.

Il faut notamment porter une attention particulière à la relation complexe entre l'usage nocif de l'alcool et les inégalités sociales en matière de santé²⁹ ainsi qu'aux effets de cet usage sur les groupes vulnérables comme les adolescents, les femmes enceintes, sans-abri, les personnes âgées, les personnes avec un double diagnostic,...

Les recommandations des experts du terrain et de l'avis du Conseil supérieur de la Santé concernant les risques liés à la consommation d'alcool sont des sources d'inspiration de cette stratégie. De plus, cette stratégie intègre les objectifs, les principes de base et les dix domaines d'actions qui ont été fixés par l'OMS dans sa '*Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (2010)*' et le '*Plan d'action mondial contre l'alcool 2022-2030 pour renforcer la mise en œuvre de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*'. Les dix domaines d'actions mentionnés supra sont les suivant :

- Leadership, sensibilisation et engagement;
- Action des services de santé;
- Action communautaire;
- Politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant;
- Offre d'alcool;
- Marketing des boissons alcoolisées;
- Politiques de prix;
- Réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de l'intoxication alcoolique;
- Réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel;
- Suivi et surveillance

Cette stratégie se fonde également sur un continuum de soins³⁰ incluant entre autres la promotion de la santé et l'éducation pour la santé, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et la gestion des maladies, la réadaptation, le soutien affectif et psychologique, les postcures et les soins palliatifs.

Pour la mise en application de cette stratégie, il est essentiel de déterminer les autorités responsables pour l'exécution des mesures planifiées. La stratégie devra donner un aperçu des objectifs, des actions, des rôles, du timing, des indicateurs et des sources qui seront utilisés. Il devra mentionner aussi à chaque fois le point d'action

²⁹ Les indicateurs de santé démontrent souvent un 'gradient social'. Le statut socio-économique d'une personne définit étroitement sa santé. En matière d'indicateurs de mortalité, morbidité, santé mentale, accès aux soins et à la prévention ou en matière de comportements de santé, nous voyons constamment que les catégories sociales les plus faibles laissent présager de plus mauvais scores que les catégories sociales plus hautes. Les personnes pauvres ont plus de comportements nocifs que la classe moyenne qui à son tour a des comportements plus nocifs que les personnes les plus riches. Ce phénomène est mondialement reconnu (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf).

³⁰ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25144015/>



de l'OMS auquel doit faire référence les objectifs. Un monitoring et une évaluation des résultats sont également essentiels afin de pouvoir estimer l'efficacité de chacune des actions. Dans cette optique, des indicateurs par objectif devront être définis. La plus-value de la politique ne peut être jugée que par la combinaison de tous les indicateurs quantitatifs et qualitatifs pertinents.

Chaque autorité compétente est responsable de l'implémentation et des rapports sur les actions et les indicateurs de son champs de compétence.

Cette stratégie est complémentaire aux initiatives et stratégies politiques existantes des différents gouvernements en matière d'alcool sur le territoire belge.

La Cellule Générale de Politique Drogues dressera, en 2025, un bilan intermédiaire de l'implémentation de cette stratégie. Sur cette base, elle pourra être réactualisée.

Références

ABBEY A. ALCOHOL'S ROLE IN SEXUAL VIOLENCE PERPETRATION: THEORETICAL EXPLANATIONS, EXISTING EVIDENCE AND FUTURE DIRECTIONS. *DRUG ALCOHOL REV* 2011;30(5):481-9.

BAGNARDI, V. ET AL., Light alcohol drinking and cancer: a meta-analysis. *Annals of Oncology* [online], August 2012

BARRIO, PABLO, ET AL. (2017) *Social Costs of Illegal Drugs, Alcohol and Tobacco in the European Union: A Systematic Review*. *Drug and Alcohol Review*, vol. 36, no. 5, , pp. 578–58

BECK A, HEINZ A. Alcohol-related aggression-social and neurobiological factors. *Dtsch Arztebl Int* 2013;110(42):711-5.

CAO Y, WILLET WC, RIMM EB, ET AL. Light to moderate intake of alcohol, drinking patterns, and risk of cancer: results from two prospective US cohort studies. *BMJ*. Published online August 18 2015

CHERPITEL CJ, YE Y, BOND J, ROOM R, BORGES G. Attribution of alcohol to violence- related injury: self and other's drinking in the event. *J Stud Alcohol Drugs* 2012;73(2):277-84.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ. RISQUES LIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL. BRUXELLES: CSS; 2018. AVIS N° 9438.

LAMMERS SM, SOE-AGNIE SE, DE HAAN HA, BAKKUM GAM, POMP ER, NIJMAN HJM. Middelengebruik en criminaliteit: een overzicht. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2014;56(1):32-9.

GISLE. L., DEMAREST, S., DRIESKENS, S. . Enquête de santé 2018 : Consommation d'alcool. Bruxelles, Belgique: Sciensano ; Numéro de rapport : D/2019/14.440/65. Disponible en ligne : www.enquetesante.be



LA VIGNERA, S., CONDORELLI, R. A., BALERCIA, G., VICARI, E., & CALOGERO, A. E. (2013). Does alcohol have any effect on male reproductive function? A review of literature. *Asian Journal of Andrology*, 15(2), 221-225.

OMS (2010), *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif d'alcool*, 2010, Suisse

OMS (2011), *Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020*, Copenhague

OMS (2014), *Rapport de situation mondial sur l'alcool et la santé*, Suisse.

OMS (2020) *Alcohol pricing in the WHO European Region: update report on the evidence and recommended policy actions*.

OMS (2021) *Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*

REHM, J., HASAN, O.S.M., IMTIAZ, S. ET AL. ALCOHOL AND NONCOMMUNICABLE DISEASE RISK. *CURR ADDICT REP* 5, 72–85 (2018). [HTTPS://DOI.ORG/10.1007/S40429-018-0189-8](https://doi.org/10.1007/s40429-018-0189-8)LIM, S. ET. AL. (2012), *A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factors clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*, *Lancet*, 380, p. 2224-60.

REHM, J. ET.AL. (2012), *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe : potential gains from effective interventions for alcohol dependence*, *Center for Addiction and Mental Health*. Canada

REHM, J., SHIELD, K.D., GMEL, G., REHM, M.X., FRICK, U. (2013), *Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union*, *European Neuropsychopharmacology*, 23, 89-97.

SCHAMP, J., SIMONIS, S., VAN HAVERE, T., GREMEAUX, L., ROETS, G., WILLEMS, S., & VANDERPLASSCHEN, W. (2018). *Towards gender-sensitive prevention and treatment for female substance users in Belgium. Final Report*. Brussels: Belgian Science Policy

SHIELD, K.D., KEHOE, T., GMEL, G., REHM, M.X., & REHM, J. (2012). *Societal burden of alcohol*. In: Anderson, P., Møller, L. & Galea, G. (Eds.), *'Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches'* (pp. 10-28). Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.

http://www.aicr.org/research/research_science_expert_report.html



5. MISSION GLOBALE, OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES

La MISSION GLOBALE est de diminuer l'usage nocif de l'alcool en Belgique et ses conséquences directes ou indirectes.

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

1. Diminution de la surconsommation d'alcool ;
2. Diminution de la consommation précoce d'alcool ;
3. Diminution du heavy episodic drinking;
4. Diminution du binge drinking ;
5. Diminution de l'assuétude à l'alcool ;
6. Réduction de la conduite de véhicule sous influence de l'alcool ;
7. Diminution de la consommation d'alcool avant, pendant et après la grossesse ;
8. Diminution de la consommation nocive d'alcool dans les groupes cibles vulnérables;
9. Réduction des délits et nuisances sociales induites par l'alcool.



OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

1. Amélioration de la collecte et analyse des données ;
2. Amélioration de l'efficacité des règles restrictives et limitantes et de leur implémentation concernant la publicité et la vente d'alcool, y compris sur internet ;
3. Intensification de la prévention et la promotion de la santé (y compris la littératie en santé), en ce compris la réduction des risques en matière de santé ;
4. Amélioration du dépistage et la prise en charge précoce des consommateurs à risque ;
5. Amélioration de l'accès et de la qualité des soins et de postcure ;
6. Diminution du nombre de tués et de blessés graves sur la route liés à l'alcool ;
7. Réflexion sur une politique de prix suivie par des propositions d'alternatives permettant une réduction de la consommation nocive d'alcool ;
8. Stimulation d'une politique de prévention sur le lieu de travail en collaboration avec les partenaires sociaux;
9. Diminution du nombre de victimes liées à une consommation nocive d'alcool (résultant de leur consommation propre ou de la consommation par un tiers)³¹.
10. Amélioration de l'information des consommateurs d'alcool

³¹ Une attention spécifique sera accordée aux mineurs et au genre.



6. Méthodologie

Etape 1: Validation politique objectifs, les grandes lignes et les domaines prioritaires

Une note de base reprenant les objectifs, les grandes lignes et les domaines prioritaires sera soumise à la Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé publique le 23 mars 2022. Cette note de base reprendra également la méthodologie décrite en aval.

Timing : 23 mars 2022

Etape 2 : Audition des experts ciblés sur la mise en œuvre du texte de base

Les experts définis par le groupe de travail seront auditionnés, après avoir reçu le texte de base. Ces experts peuvent être issus du monde académique ou du terrain. Ils sont sélectionnés sur base de leur expertise en lien avec la mise en œuvre du plan et sont approuvés par les membres du groupe de travail.

Deux réunions seront organisées afin d'entendre le point de vue des experts FR et NL. L'objectif final est de pouvoir définir des actions afin d'atteindre les objectifs généraux et spécifiques.

Les experts (validés par le GT) qui n'auront pas la possibilité de s'exprimer lors d'une réunion pourront communiquer leur point de vue et leurs propositions d'action de façon électronique.

Le secrétariat proposera au groupe de travail une version coordonnée des différentes actions. Ce projet de stratégie interfédérale, après validation par le groupe de travail, sera également soumise à une réunion de la Cellule générale de Politique Drogues (ou s'il y a consensus, uniquement lors d'une Cellule générale de Politique Drogues).

Timing : Les réunions avec les experts sont organisées en avril. Le secrétariat soumettra au groupe de travail une version coordonnée la semaine du en mai 2022. Les membres seront invités à compléter la partie budgétaire.

Une réunion de la Cellule générale de Politique Drogues sera organisée début juin.

Etape 3 : consultation électronique des fédérations et organisations coupes des secteurs concernés

Les membres du groupe de travail activeront leur réseau en transmettant une copie du projet de stratégie interfédérale alcool assortie de mesures concrètes (et chiffrées budgétairement). Cette consultation se fera par mail uniquement. Les personnes qui souhaiteront apporter des remarques à la stratégie seront invités à remplir un questionnaire online et devront décliner leur identité ou l'organisation qu'elles représentent. Une adresse mail spécifique sera créée.



Méthodologie de la consultation des fédérations et organisations coupoles

La consultation se fera à l'aide d'une questionnaire électronique (semi-structuré). Les questionnaire portera sur la pertinence, l'efficacité et la faisabilité de chaque action (satisfaction de 0 à 5) avec la possibilité de laisser un commentaire final libre.

Les commentaires textuels sont ajoutés pour une meilleure compréhension du texte.

Les commentaires de fond sont ajoutés à la stratégie interfédérale si ceux-ci sont considérés comme pertinents et réalisables dans le cadre de la stratégie interfédérale alcool. Ces commentaires doivent cadrer avec les objectifs généraux et spécifiques tels que validés politiquement et scientifiquement.

Les propositions issues de cette consultation doivent faire l'objet d'une analyse de faisabilité par les groupes de travail ou les entités concernés. Si ces proposition sont réalisables immédiatement, elles sont ajoutées au plan. Si les mesures ne sont pas applicable à court terme, elles seront ajoutées à la stratégie interfédérale lors sa réévaluation en 2025.

Les commentaires seront mis en balance avec les autres commentaires, la priorité étant données aux commentaires respectant le texte de base et les recommandations scientifiques. Ceci vaudra pour l'ensemble des commentaires, y compris ceux des opérateurs économiques. Ceux-ci seront de préférence impliqués dans la concrétisation des actions.

Seules les fédérations et organisations coupoles seront concertées. Les citoyens (particuliers) ne seront pas directement consultés (mais leur avis pourra être récolté via les organisations coupoles). Le grand public sera informé du plan lors de moments de communication.

Timing : La consultation sera ouverte pendant 3 semaines (juin 2022). Le secrétariat délivre une version coordonnée pour fin juin/début juillet

Etape 4: discussion de la stratégie interfédérale alcool

Les membre du groupe de travail évalue la version coordonnée de la stratégie interfédérale.

Timing : septembre-octobre 2022



Etape 5 : Validation de la stratégie interfédérale par la cellule générale de Politique Drogues et par la Réunion thématique Drogues de la CIM Santé publique

La stratégie interfédérale alcool est soumise à la Cellule générale de Politique Drogues en novembre 2022. Si elle est approuvée, elle sera directement mise à l'agenda de la Réunion Thématique Drogues de la CIM santé publique. S'il y a des remarques, le groupe de travail se réunira en novembre et proposera aux ministres compétents une version adaptée en décembre 2022.

Timing : novembre-décembre 2022